Touche Ross

PROPOSITION D'UN MODÈLE

POUR

LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DU NORD-EST DE L'ONTARIO

RAPPORT DU COMITÉ DE

DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE

DU NORD-EST DE L'ONTARIO

30 SEPTEMBRE, 1986

Spicer MacGillivray
Chartered Accountant

156 McINTYRE STREET
NORTH BAY, ONTARIO P1B 2Y
TELEPHONE (705) 472-65

Le 24 octobre 1986

L'honorable Murray J. Elston
Ministre de la Santé
Édifice Hepburn
Queen's Park
Toronto (Ontario)
M7A 1R3

Monsieur,

Au nom du Comité de direction de la santé mentale du Nord-Est de l'Ontario, je suis heureux de vous présenter notre rapport intitulé "Proposition d'un modèle pour les services de santé mentale du Nord-Est de l'Ontario".

Ce rapport est l'oeuvre du comité de direction, qui se compose de représentants du Nord-Est de l'Ontario, du ministère de la Santé et du cabinet d'experts-conseils Touche Ross et Associés. Il examine les services et les besoins en matière de santé mentale dans la région du Nord-Est et recommande un modèle pour la prestation future de ces services dans toute la région. Il y est également question du réaménagement de l'hôpital psychiatrique de North Bay et de la mise sur pied de services de santé mentale dans le secteur desservi par cet hôpital.

Durant l'étude et la mise au point du modèle, nous avons consulté de façon approfondie les responsables des services de santé, les consommateurs et les groupes s'intéressant à la question par le biais de questionnaires préparés par Touche Ross et Associés, d'entretiens privés avec lesdits groupes, de réunions publiques et de fréquents dialogues avec les médias locaux. Les membres du comité de direction ont fait tout leur possible pour mettre en évidence les préoccupations locales et régionales et y répondre.

Je suggérerais que le rapport soit d'abord distribué dans toute la région du Nord-Est pour permettre aux personnes et aux groupes qui s'intéressent à la question de communiquer leur point de vue sur la mise en oeuvre du processus de planification. On devrait ensuite désigner, dès que possible, le président ou la présidente du comité de mise en oeuvre. Le rôle de cette personne serait de

participer à la coordination de la diffusion du document, de veiller à la continuité du processus et d'assurer enfin les habitants et les responsables des services de santé du Nord-Est de l'Ontario de notre appui constant à l'égard du réaménagement des services de santé mentale dont vous et vos collègues êtes actuellement responsables.

Cela sera particulièrement important pour la région de Sudbury où, selon le rapport, on devrait réduire le nombre de lits de malades mentaux aigus, pour Timiskaming qui voudrait devenir un zone de planification de services distincte de celle de Nipissing, pour North Bay où la planification de la construction d'un nouveau centre de services de santé en est à un stade avancé, et enfin pour Timmins et Sault Ste. Marie dont le processus de planification est aussi touché par les recommandations.

Pour le moment, il semblerait que la région appuie fortement le modèle proposé, y compris l'établissement d'un centre de traitement des maladies chroniques dans une section du North Bay Civic Hospital.

Je pense que le ministère devrait profiter de l'enthousiasme manifesté à l'échelon local et régional pour la mise sur pied de services de santé mentale, qu'il devrait commencer immédiatement à planifier en vue de la mise en oeuvre et s'assurer ainsi de la réalisation de ces initiatives essentielles, qui sont compatibles avec les objectifs généraux du gouvernement pour les services de santé dans le Nord de la province.

Je voudrais enfin, au nom du comité de direction, remercier le ministère des efforts qu'il déploie pour améliorer les services de santé mentale dans le Nord-Est. Nous espérons que notre rapport lui sera utile lors de la planification des futurs services de santé mentale dans notre région.

N'hésitez pas à m'appeler si je peux vous être de quelque utilité ou si vous voulez vous entretenir avec moi au sujet du document.

D'avance, nous vous remercions et vous prions d'agréer, Monsieur le ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le président,

Peter R. Birnie, C.A.

TABLE DES MATIÈRES

		Page
I.	SOMMAIRE POUR LA DIRECTION	
II.	HISTORIQUE DE L'ÉTUDE	1
III.	LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET LE PROGRAMME DE TRAVAIL	8
IV.	VUE D'ENSEMBLE DU NORD-EST DE L'ONTARIO	12
	Les caractéristiques démographiques	13
	Les dépenses en santé mentale	15
	Revue de l'utilisation des services en établissement	18
	Données sélectionnées des entrevues et des questionnaires de l'étude	26
	Conclusion du survol	30
V.	TENDANCES EN SOINS DE SANTÉ MENTALE	33
VI.	INTRODUCTION AU MODÈLE	45
	Principes à la base du modèle de santé mentale du Nord-Est	45
	Composantes recommandées pour le modèle de santé mentale du Nord-Est	50
	Organisation et administration	73
VII.	MISE EN APPLICATION DU MODÈLE	80
	La région de service d'Algoma	80
	La région de service de Cochrane	90
	La région de service de Manitoulin/Sudbury	103
	La région de service de Nipissing/Timiskaming	116
	Le cas spécial de Parry Sound	130
VIII.	MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME COMPLET DE SANTÉ MENTALE	131
	Dernière étapes de la mise en place	135
	Les coûts	136

TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

A. RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE CONJOINTE DU GROUPE DE TRAVAIL DE LA SANTÉ MENTALE DU NORD-EST DE L'ONTARIO EN 1981

B. MANDAT DE L'ÉTUDE

C. LISTE DES PERSONNES/GROUPES INTERVIEWÉS ET DES SESSIONS DE CONSULTATION DANS LA COMMUNAUTÉ

D. RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

PREMIÈRE PARTIE: SOMMAIRE DES RÉPONSES
DEUXIÈME PARTIE: PERCEPTION DU RÔLE EN SANTÉ MENTALE DES RÉPONDANTS

E. PROJECTION DE LA POPULATION EN L'AN 2001 ET DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES POUR LE NORD-EST DE L'ONTARIO ET LES RÉGIONS DE SERVICE

F. PERSONNES RESSOURCES AU SUJET DE L'INFORMATION SUR CERTAINS PROGRAMMES

I. SOMMAIRE POUR LA DIRECTION

À la fin de 1984, le ministre de la Santé formait un comité de direction, nommait des représentants du Nord-Est de l'Ontario et du ministère de la Santé de l'Ontario pour définir le cadre théorique d'une étude complète en santé mentale pour le Nord-Est de l'Ontario.

L'objectif général de cette étude était:

- **de développer un plan de services de santé mentale complet et dynamique pour le Nord-Est de l'Ontario valable jusqu'en l'an 2000.**

L'atteinte de cet objectif exigeait, comme élément essentiel, une compréhension préalable des points de vue de ceux qui assurent les services actuels et l'identification des exigences futures, y compris:

- un inventaire détaillé des services de santé mentale existants;
- les exigences pour les services de santé mentale en établissement incluant les services internes et externes;
- les exigences des services de santé mentale communautaires incluant le logement, le counseling, les programmes satellites, les services d'apprentissage et autres services de soutien;
- les exigences du système de santé mentale, plus particulièrement le développement de programmes, la coordination et l'évaluation.

Le Comité de direction s'est réuni régulièrement tout au long de l'étude afin de discuter des résultats et des conclusions, et de formuler les principes et les orientations à partir desquelles le modèle de services de santé mentale a été développé. De plus, quelques-uns des membres du Comité de direction furent très impliqués au cours des derniers six à huit mois au sein de leur région, faisant la promotion de l'étude, suscitant l'intérêt et exprimant leur confiance en ce que les résultats de l'étude mèneraient à un modèle réaliste et flexible. Le rôle des membres du Comité et leur apport personnel au processus de l'étude méritent d'être signalés comme un facteur important dans la préparation du Nord-Est à un nouveau système de services de santé mentale.

VUE D'ENSEMBLE DU NORD-EST DE L'ONTARIO

Les régions comprises dans le Nord-Est de l'Ontario sont Algoma, Cochrane, Timiskaming, Nipissing, Manitoulin et Sudbury. Le territoire original de cette étude incluait Parry Sound comme faisant partie du Nord-Est de l'Ontario. Cependant, au cours de l'étude, le Comité de direction décida de ne pas faire de recommandations quant à un modèle pour Parry Sound principalement parce que cette région n'était pas représentée sur le Comité de direction et parce que les résidents de Parry Sound sont dirigés aux deux hôpitaux psychiatriques de North Bay et de Penetanguishene.

Les conclusions sommaires majeures de l'analyse des données pour le Nord-Est de l'Ontario sont les suivantes:

- On s'attend à ce que la population du Nord-Est demeure relativement stable au cours des 15 prochaines années, avec une augmentation prévue à 6% de 1981 à 2001.

- On s'attend à ce que la population de 65 ans et plus augmente plus rapidement — et que la population infantile diminue.

- Le territoire du Nord-Est représente 30% du territoire de l'Ontario, alors que sa population représente moins de 7%. En conséquence, on a une densité beaucoup plus faible. Ceci constitue tout un défi lorsqu'il s'agit de rendre les services accessibles à toute la population.

- Les caractéristiques linguistiques et culturelles varient considérablement dans le Nord-Est. Ceci implique le besoin de flexibilité et d'adaptabilité de tout modèle efficace pour dispenser les services.

- À l'intérieur de la région, une plus grande proportion des dépenses en santé mentale est investie dans les services en établissement (65.9%) si on compare avec la province (59.6%).

- Un des défis de développer un modèle valable jusqu'en l'an 2000 sera le transfert des dollars employés aux services en établissement vers les services communautaires et de rehausser le rôle de ceux qui dispensent les soins primaires, plus particulièrement les omnipraticiens.

- La région du Nord-Est possède 465 lits psychiatriques pour adultes et 32 lits pour enfants et adolescents; 66% de tous ces lits sont situés à l'Hôpital psychiatrique de North Bay. Cependant, d'autres hôpitaux généraux de la région du Nord-Est traitent des patients avec un

diagnostic de maladie mentale. Les données d'utilisation 1984/85 indiquent la tendance suivante selon l'endroit où ces patients sont traités:

Région	% des congés obtenus dans la région
Algoma	85
Cochrane	86
Timiskaming	78
Nipissing	91
Manitoulin	48
Sudbury	92

- Il est évident que la plupart des régions traitent la majorité de leurs patients admis avec les ressources disponibles.

- Dans la considération des services en santé mentale pour la région du Nord-Est les deux groupes de diagnostics représentant la majorité des maladies mentales aiguës et chroniques sont la schizophrénie et les psychoses affectives. Les autres groupes de diagnostics en santé mentale sont plus difficilement évaluables; dès lors, il faut baser les estimations des besoins, sur le jugement et l'expérience.

Voici certaines des forces et faiblesses les plus importantes identifiées au cours de cette étude. Plusieurs des points énumérés ci-dessous étaient communs à toutes les régions desservies.

Les principales forces identifiées furent:

- le dévouement des professionnels en santé mentale, en particulier dans les petites localités; et

- le nombre de services de base qu'on retrouve dans les grands centres.

Les faiblesses et les carences perçues sont plus nombreuses que les forces. Les entrevues et les questionnaires ont, de façon constante, mis en lumière les "faiblesses" suivantes dans les services de santé mentale existants:

- le manque de services pour les enfants et le temps d'attente pour ceux qui existent;

- le manque de services en français;

- le manque de coordination et de planification des services et le manque de communication;

- la compétition parmi ceux qui assurent les services;

- le manque de professionnels et le manque de formation du personnel dans les hôpitaux généraux;

- le manque de programmes et de services de soutien pour les ex-patients psychiatriques;
- le manque de services préventifs;
- le manque de services dans les régions éloignées;
- le manque de sensibilisation et de connaissance du public;
- la distance, l'isolement et la géographie des régions;
- l'insatisfaction en regard des services régionaux existants.

TENDANCES DANS LES SOINS DE SANTÉ MENTALE

Le besoin d'une mise à jour de l'approche face aux soins de santé mentale pour les résidents du Nord-Est de l'Ontario est une nette exigence pour un modèle qui devra durer bien au-delà de l'an 2000. Ayant ceci à l'esprit, il devient nécessaire de bien apprécier les tendances dans les soins de santé mentale au Canada et ailleurs. Les tendances retenues dans cette étude sont:

- le manque persistant d'une définition claire de la "maladie mentale" et l'étendue potentielle de ce problème;
- le besoin d'établir des priorités au niveau des besoins afin d'utiliser efficacement les ressources rares - une attention spéciale qu'il faut porter aux individus ayant des besoins psychiatriques chroniques;
- l'importance de ceux qui assurent les soins primaires (première ligne) et la bonne gestion des cas;
- le besoin d'un système de soins équilibré;
- le besoin de mécanismes de gestion et de contrôle; et
- la philosophie d'une désinstitutionnalisation humaine et de soutien dans la communauté.

INTRODUCTION DU MODÈLE

Dans le but de développer le modèle de services de santé mentale pour le Nord-Est de l'Ontario, le Comité de direction a dû établir les principes généraux du système selon une vision jusqu'en l'an 2001. Divers modèles et tendances en santé mentale, repris à la section V, sont reflétés dans les neuf principes de ce modèle. La compréhension de ces principes opérationnels et l'interprétation de chacun d'eux sont fondamentales au succès de l'implantation et au réajustement approprié de ceux qui assurent les soins actuellement ainsi que leur rôle respectif au sein de ce système.

Principes

Voici les principes de ce modèle:

- La base du modèle consiste en la disponibilité d'un système de santé mentale complet et équilibré pour tous les résidents du Nord-Est de l'Ontario.

- Le modèle est développé sur la base selon laquelle les besoins individuels du client constitueront la première préoccupation dans l'élaboration du programme et l'établissement des priorités de financement.

- Les besoins des handicapés mentaux chroniques seront les premiers considérés, tout en reconnaissant qu'il y a aussi un besoin essentiel pour des services d'intervention aiguë et de prévention.

- Les besoins en santé mentale des personnes âgées vivant dans des établissements de soins chroniques et dans des maisons de soins infirmiers seront satisfaits au sein de ces milieux avec le soutien et l'accès au système complet de santé mentale.

- Les services seront offerts dans un environnement le moins restrictif possible avec une attention particulière apportée à la qualité de la vie.

- Les services seront offerts, de préférence, dans la localité du client, quand c'est possible et rentable.

- Le modèle garantira l'accès aux populations des centres petits ou très dispersés.

- Le modèle impliquera l'existence d'un système intégré de services de santé mentale adaptés aux besoins culturels et linguistiques distincts de la population.

- Le modèle possèdera une infrastructure de gestion définie incluant le développement et l'implantation du programme, l'évaluation, le financement et le maintien permanent.

Composantes recommandées du modèle de santé mentale pour le Nord-Est

Le modèle proposé a comme but de réaliser une autosuffisance raisonnable des quatre régions désignées afin que chacune soit en mesure de satisfaire aux besoins en santé mentale de la population qu'elle dessert. Les quatres régions desservies sont:

- Nipissing/Timiskaming;
- Manitoulin/Sudbury;
- Algoma; et
- Cochrane.

Le besoin d'un service régional pour enfants et pour adultes est satisfait avec le modèle proposé. Toutefois, la fonction régionale devient une fonction hautement spécialisée dans le contexte du système total de soins. Il est reconnu que certains types de services offerts en établissement sont plus rentables sur une base régionale. Il n'est ni pratique ni souhaitable d'offrir des programmes hautement spécialisés dans chacune des régions, à cause du nombre de professionnels spécialisés que requièrent de tels services. Les services régionaux qu'on retrouve dans le Nord-Est de l'Ontario sont ainsi redéfinis et réduits considérablement en fonction du rehaussement planifié des services pour les régions et la tendance vers les services implantés dans la communauté.

- **Services régionaux**

  Les composantes du modèle sont:

  - un service sécuritaire de 26 lits pour adultes;
  - un service spécialisé de 26 lits pour adultes handicapés dans leur développement;
  - un service de 60 lits de soins prolongés pour adultes; et
  - un service de 10 lits pour enfants.

- **Services locaux:**

  - les services pour adultes dans la communauté:
    - gestion de cas,
    - programme de soutien à la vie autonome,
    - lits résidentiels avec soutien élevé/moyen,
    - haltes-accueil,
    - occasions d'emploi,
    - programmes/centres communautaires de santé mentale,
    - programmes de promotion de la santé mentale;
  - services pour adultes en établissement:
    - lits de soins psychiatriques aigus en établissement,
    - services de soins ambulatoires,
    - auberges (logement supervisé),
    - programme d'intervention en situation de crise,
    - programme satellite de gériatrie;
  - centres de santé mentale pour enfants;
  - services de soins psychiatriques aigus pour enfants; et

- services de désintoxication.

Le système officiel de santé mentale est appuyé et doit opérer comme un réseau étroit avec les groupes d'intérêt et les organismes communautaires, lesquels peuvent être subventionnés par des ministères autres que le ministère de la Santé, tels que les services sociaux et le système de l'éducation.

*** Redéveloppement de l'installation régionale pour adultes**

L'Hôpital psychiatrique de North Bay a effectué plusieurs études de sa structure et de son architecture et toutes ces études ont conclu que le coût pour rénover l'installation serait aussi élevé qu'une nouvelle construction. Se basant sur cette information, le Comité de direction devait prendre la décision de recommander d'utiliser le site actuel pour le redéveloppement ou de relocaliser les services psychiatriques régionaux ailleurs.

Il y avait plusieurs options envisagées pour localiser le service régional "dans North Bay". Les trois options principales étudiées furent:

. le site actuel;

. le site de l'Hôpital civic de North Bay (lequel sera disponible lors de l'ouverture du nouvel hôpital pour le district de North Bay); et

. le site du nouvel hôpital pour le district de North Bay.

C'est le site du nouvel hôpital pour le district de North Bay qui est recommandé comme site pour les services régionaux de psychiatrie adulte. Il y a amplement d'espace disponible sur le site situé juste à l'extérieur du centre ville et facile d'accès par transport public. Le choix de cette solution réalise l'objectif de situer les services psychiatriques au sein du système de soins aigus. Les employés sont ainsi mieux intégrés et stimulés suite à leur implication dans un environnement de soins de santé plus diversifiés. Le Comité de direction croit que cette solution contribue à réduire le stigma longtemps associé au "Psychiatrique sur la colline" puisque les services seront offerts plus près de la communauté.

De plus, des économies d'échelle et des "économies" dans les coûts annuels d'opération seront réalisées du fait que les services de soins aigus et les services psychiatriques régionaux seront regroupés.

*** Le service régional de soins psychiatriques aigus pour enfants**

Il y a actuellement 32 lits régionaux de psychiatrie pour enfants subventionnés par le ministère des Services sociaux et communautaires et localisés à l'Hôpital Algoma de Sudbury.

Il est recommandé qu'un nombre réduit de lits régionaux soit maintenu à Sudbury (10 lits) pour le Nord-Est de l'Ontario seulement. Le développement de lits et de programmes additionnels dans chacune des régions desservies rehaussera l'accessibilité et réduira le besoin de référer ailleurs.

On recommande de développer ce service régional de 10 lits à Sudbury et de 20 lits pour enfants également à Sudbury desservant Manitoulin/Sudbury. Il ne fut pas question de changer la location de ce service du fait que le recrutement d'experts en pédopsychiatrie est souvent difficile et que l'expertise nécessaire au fonctionnement des 32 lits est actuellement dans la ville de Sudbury. Il est aussi recommandé que ce service soit transféré du ministère des Services sociaux et communautaires au ministère de la Santé.

Organisation et gestion

La gestion d'une infrastructure bien articulée est essentielle pour garantir la mise en place du programme et son implantation, l'évaluation, le financement, et le maintien permanent du modèle proposé. Une saine gestion aura un effet direct quant au succès du futur système dans l'application des principes et la vision telles qu'établies pour le modèle jusqu'en l'an 2001.

La mise en place de quatre conseils de gestion de santé mentale communautaire (C.G.S.M.C.) est recommandée pour assurer la responsabilité de l'éventail de services communautaires dans chacune des régions desservies.

Chaque C.G.S.M.C. sera formé de représentants venus de la communauté desservie. À cet effet, les représentants seront choisis parmi une variété d'intervenants des niveaux local et régional, représentants du secteur enfance, citoyens impliqués et représentants de groupes d'intérêts spéciaux. Les principaux objectifs des C.G.S.M.C. sont:

- de surveiller et de s'assurer qu'une gamme de services communautaires en santé mentale soit mise en place dans chacune des régions desservies;
- de développer, opérer et évaluer les services communautaires en santé mentale requis dans toute la région desservie;
- de travailler en collaboration avec les services sociaux et hospitaliers en santé mentale afin de s'assurer que le système soit bien coordonné;
- d'identifier les nouveaux besoins en santé mentale dans les régions desservies; et
- de recommander aux conseils de santé des districts locaux toutes les actions relatives aux besoins en santé mentale et aux priorités des programmes pour la région desservie.

Un lien direct avec le ministère de la Santé sera établi puisque le financement se fera directement vers les C.G.S.M.C. pour l'allocation des différents programmes. L'étendue des responsabilités d'un C.G.M.S.C., telles que prévues dans ce modèle, pourrait comprendre 110 à 120 employés et exiger la gestion d'un budget qu'on estime de l'ordre de $4 à $8 millions par année.

Planification et évaluation

Le Comité de direction endosse l'idée qu'un porte-parole "de la région du Nord-Est" est requis pour faire la promotion des intérêts de ses résidents, en particulier en ce qui a trait à la planification régionale et aux questions reliées aux services, à l'affiliation universitaire et aux représentations devant être faites sur des sujets fondamentaux à Queen's Park. Il recommande que les sous-comités en santé mentale des conseils de santé pour les différents districts se rencontrent régulièrement, comme on nous a indiqué qu'ils le faisaient actuellement, et qu'ils identifient et planifient les questions reliées aux services de santé mentale de nature régionale. En ce qui a trait aux questions de planification locale, il est essentiel que le C.G.S.M.C. soit représenté au niveau des sous-comités en santé mentale des conseils de santé pour les différents districts afin d'être en mesure d'offrir la contribution nécessaire en ce qui a trait aux recommandations relatives à la planification et aux programmes prioritaires pour leur région respective. À cet effet, il est opportun que les régions non-organisées de Nipissing et de Timiskaming établissent un conseil de santé pour leur district afin d'assurer une représentation adéquate au niveau régional et aussi de planifier et coordonner les services de santé mentale.

Il est primordial pour le succès de ce modèle d'inclure une composante d'évaluation globale qui suivrait de près l'implantation du modèle et l'évolution des besoins de la population du Nord-Est. Quelques-uns des collaborateurs principaux à ce processus d'évaluation seront:

- les conseils de santé des districts;
- le ministère de la Santé;
- les conseils de gestion des services de santé mentale communautaires;
- les services en établissement;
- les professionnels;
- les consommateurs; et
- les universités et les collèges communautaires.

Un défi important consistera à mettre en place un système d'information commun aux services en établissement et aux services communautaires et qui s'étendra aux programmes offerts par le ministère de la Santé et le ministère des Services sociaux et communautaires. Le système d'information doit également fournir des données pertinentes aux buts des programmes individuels et au système dans sa totalité.

Voici quelques-uns des sujets qui devront être traités par cette évaluation continue:

- l'étendue et l'équilibre;
- l'accessibilité;
- la continuité des soins;
- la flexibilité et l'adaptabilité à des besoins changeants; et
- le besoin du client, sa satisfaction et son résultat.

La participation universitaire au sein du système

Cette étude reconnaît l'importance de la participation et de l'intérêt des universités dans le développement continu du système de santé mentale dans le Nord-Est. Les raisons principales qui justifient une telle participation sont:

- les niveaux de ressources humaines pour les établissements régionaux, et ceux des soins spécialisés;
- le soutien psychiatrique à l'unité de psychiatrie de l'Hôpital général;
- le recyclage d'une gamme de professionnels en santé mentale;
- l'assistance aux collèges communautaires qui auront à développer des programmes appropriés;
- la recherche clinique faite sur une base de collaboration; et
- les procédés et les outils d'évaluation.

Depuis un certain temps l'Université Western de l'Ontario est impliquée dans la distribution des services de santé mentale dans le Nord par le biais de son programme de campus satellite. Au cours des derniers mois, le ministère de la Santé a subventionné un poste de coordonnateur pour le Nord, sous la responsabilité des universités Western de l'Ontario et Laurentienne, dans le but d'attirer plus de psychiatres et de développer d'autres programmes pour les professionnels en santé mentale dans le Nord.

Cette étude appuie ces initiatives et recommande que le poste de coordonnateur soit relié formellement au groupe de planification et d'évaluation régional. Ce poste devrait également établir un lien avec l'Université d'Ottawa afin d'attirer les ressources et les programmes francophones dans le Nord-Est.

APPLICATION D'UN SYSTÈME COMPLET EN SANTÉ MENTALE

Cette étude a pour but de fournir un point de départ et une vision d'un système complet et équilibré de soins en santé mentale pour le Nord-Est de l'Ontario. Tel que discuté tout au long de ce rapport, on fonde l'espoir de pouvoir développer une autosuffisance raisonnable au sein des quatre régions en s'assurant qu'une gamme essentielle de services soit en place et accessible à tous les résidents.

À cet effet, un des défis consistera à bâtir à partir des forces identifées et sur l'expertise des dispensateurs de services actuels. Le fait que chacune des régions desservies a un point de départ différent signifie qu'il faudra faire preuve de souplesse et de créativité dans l'application du modèle. En conséquence l'implantation proposée est complexe dans le sens que chacune des quatre régions fera face à des défis différents. Algoma et Cochrane doivent étendre leurs services hospitaliers de soins aigus en psychiatrie; Manitoulin/Sudbury doit négocier des réductions de lits; Nipissing/Timiskaming doit relever le défi de développer un système complet de santé à North Bay et redistribuer ses ressources vers Timiskaming où se retrouve le tiers de la population de sa région. Toutes lès régions du Nord-Est devront rehausser les services communautaires.

Début de la mise en place

La première année sera cruciale pour le succès de la mise en place des services. Au cours de cette première année il sera nécessaire de faire preuve d'un leadership averti et d'un sens des responsabilités tout au long de cette longue mise en place des services. À cet effet, il est recommandé que le ministre mandate un comité de mise en place des services de santé mentale dans le Nord-Est pour surveiller le processus d'implantation et voir à ce que les activités des régions soient conformes au modèle global et accomplies dans une séquence logique compte tenu de l'échéancier.

Il faudra également résoudre les problèmes spécifiques à l'Hôpital psychiatrique de North Bay, sa relocalisation et le redéveloppement de ses ressources humaines. Un groupe de travail devra être formé pour résoudre ces problèmes avec une participation gouvernementale et des dispensateurs de services locaux. La troisième tâche importante qu'il faudra entreprendre au départ consistera à entamer les discussions entre le ministère de la Santé et le ministère des Services sociaux et communautaires au sujet des recommandations de ce rapport, plus particulièrement en ce qui a trait au transfert proposé de responsabilités pour les services régionaux pour enfants offerts en établissement.

Il sera essentiel dès le départ de la mise en place des services de renseigner la population au sujet du modèle et préparer les communautés, dans les régions desservies, à assumer les responsabilités reliées aux soins des malades mentaux chroniques et d'augmenter la sensibilisation vis-à-vis des programmes d'intervention en situation de crise, de prévention, de soins psychiatriques aigus et de services ambulatoires qui deviendront plus accessibles selon ce modèle.

Dernières étapes

Au cours des six premières années de la mise en place des services, les régions desservies devraient être en mesure de jouer leurs nouveaux rôles conformément au modèle. Logement, gestion de cas, et les programmes de soutien à la vie autonome (S.V.A.) seront bien établis et l'installation régionale psychiatrique devrait ouvrir ses portes à North Bay au nouveau site de l'Hôpital du district de North Bay. Le rôle du nouveau service régional de psychiatrie aura été défini et chaque patient aura été évalué quant à ses besoins pour hospitalisation continue.

Trois ans après la mise en place des services, plusieurs des patients actuels de l'Hôpital psychiatrique de North Bay pourraient avoir des plans de traitement et l'assignation d'un responsable de gestion de cas ce qui leur permettrait de retourner vivre dans la communauté. Certains patients pourraient retourner dans leur région respective, compte tenu des services disponibles. De toute façon, l'évaluation de chaque patient par une équipe de professionnels comprenant un responsable de gestion de cas, des psychiatres/omnipraticiens, infirmières et travailleurs sociaux devrait être effectuée et refaite sur une base permanente.

L'ouverture du nouveau service régional de psychiatrie et du nouvel hôpital de district implique qu'une unité de 78 lits de psychogériatrie sera maintenue à l'Hôpital psychiatrique de North Bay jusqu'à ce que les rénovations soient complétées sur le site de l'Hôpital civic. Après 8 ans, il devrait être possible de fermer le site actuel de l'Hôpital psychiatrique de North Bay.

LES COÛTS

Le modèle proposé exigera de la part du ministère un investissement important. On estime qu'il faudra injecter de $60 à $70 millions pour la mise en place d'un niveau approprié de services en établissement. Ceci comprend 36 lits additionnels pour Algoma, 33 lits pour Cochrane, 80 lits pour Manitoulin/Sudbury. Ce coût comprend environ $40 millions pour la construction du nouvel hôpital psychiatrique régional d'une capacité de 155 lits et le coût des rénovations de l'Hôpital civic pour 78 lits destinés aux patients en gériatrie.

Les coûts annuels d'opération sont estimés en fonction de l'embauche du personnel du système de santé mentale, en tenant compte des services en établissement comme des services communautaires. On estime qu'il y a actuellement de 1,150 à 1,160 postes au sein du système de santé mentale, 605 de ces postes ou la moitié de ceux-ci sont affectés aux services régionaux.

D'ici l'an 2000, on estime qu'il y aura 1,300 à 1,500 postes en santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario. Ceci inclut plusieurs programmes financés par le ministère des Services sociaux et communautaires, tels que les centres de la famille, les centres de santé mentale pour enfants et les lits de soins aigus pour enfants. Ces postes reflètent une augmentation de 193 à 360 du niveau actuel. Les coûts estimés de ces augmentations se situent entre $6.7 et $12.7 millions. On estime que les coûts annuels en ressources humaines pour opérationnaliser le modèle recommandé seront

de $46 à $54 millions incluant $600,000 par année pour le fonctionnement des conseils de gestion des services de santé mentale communautaires.

II. HISTORIQUE DE L'ÉTUDE

La désinstitutionnalisation des malades mentaux chroniques a été une préoccupation majeure en santé mentale au cours des 20 à 25 dernières années. Selon cette tendance, le rôle des hôpitaux psychiatriques a été redéfini, devenant davantage spécialisé, et une plus grande importance a été accordée aux services psychiatriques des hôpitaux généraux ainsi qu'aux services communautaires.

L'étendue et les implications de ces tendances au sein du système de services de santé mentale ont posé de nouveaux défis. Aujourd'hui, on met en évidence les questions touchant les attitudes de la collectivité, l'existence d'un système de support complet au sein de la communauté ainsi que la formation et la disponibilité des professionnels en santé mentale. Le défi n'est pas seulement de procurer des services suffisants et appropriés, mais aussi de gérer et coordonner un système dynamique, flexible qui offre aux malades mentaux chroniques un continuum de programmes institutionnels et communautaires.

Le ministère de la Santé de l'Ontario a identifié la santé mentale comme une de ses priorités majeures. De ce fait, il a pris, au cours des 10 à 15 dernières années, des initiatives en faveur de la désinstitutionnalisation, des services hors établissements décentralisés, et a coordonné la planification et la gestion d'une vaste gamme de services de santé mentale. Cette dernière s'est manifestée par la formation, à l'automne 1982, de la division de la Santé mentale, de qui relèvent les services psychiatriques de la province ainsi que les services de santé mentale communautaires.

En même temps, le ministère de la Santé a accepté la responsabilité d'être le "ministère dirigeant" pour plusieurs autres secteurs comme pour les programmes sociaux ou de logements, pour s'assurer que les besoins autres que médicaux des handicapés mentaux chroniques sont identifiés et offerts par le ministère provincial approprié, par une agence ou un autre palier gouvernemental. Par conséquent, dans la planification et le contrôle du système de services de santé mentale provincial, le ministère de la Santé doit faire face aux problèmes de planification et de coordination entre les différents ministères et les diverses agences.

La division de la Santé mentale a pris l'initiative spécifique de revoir le rôle et d'examiner l'opération d'un bon nombre d'établissements psychiatriques de la province (v.g. les hôpitaux psychiatriques de Whitby, Lakehead et Brockville ont tous fait l'objet d'études récentes). En planifiant une révision similaire de l'Hôpital psychiatrique de North Bay, des circonstances spéciales ont été prises en considération. La plus importante avait trait aux bâtisses qui exigeaient des améliorations importantes ou qui devaient tout simplement être remplacées. Le rôle et la fonction de l'hôpital ne représentaient qu'une partie du problème, puisqu'il fallait étudier aussi l'emplacement et la conception d'une

nouvelle installation. Ceci offrait une occasion au ministère d'entreprendre une étude beaucoup plus vaste des besoins en santé mentale et des approches possibles pour mieux desservir tous les résidents du Nord-Est de l'Ontario.

À cet effet, on a constaté que le vaste territoire du Nord-Est profiterait davantage d'un système de soins plus décentralisé. En commandant cette étude, le ministère voulait s'assurer que l'installation régionale redéveloppée ainsi que les composantes essentielles d'un nouveau système de services de santé mentale refléteraient les plus hautes normes et les courants de pensée les plus progressifs en santé mentale. Les dispensateurs de services du Nord-Est reconnaissent depuis longtemps le besoin d'un système de soins plus créatif et un meilleur équilibre entre le rôle des hôpitaux et des services communautaires.

PROBLÈMES PARTICULIERS À LA RÉGION DU NORD

La demande pour des services de santé mentale dans le Nord-Est suit les tendances similaires de toute la province. On admet que les besoins en santé mentale sont directement influencés par les transformations que connaissent les familles, le nombre accru de familles monoparentales, le stress relié aux conditions économiques et l'emploi, la proportion croissante de personnes âgées, et l'abus de l'alcool et des drogues. Cependant, relever le défi de satisfaire à ces besoins par le biais d'un système de soins complet devient une tâche plus considérable dans le Nord que dans la plupart des autres parties de la province. Le rapport sur la santé mentale du Conseil de la santé de l'Ontario intitulé Programme d'action, 1979 fait état des facteurs suivants:

> "le climat, l'isolement, la distance, un coût de la vie élevé, des mutations significatives dans la structure économique des communautés, le manque d'occasions de poursuivre des études et la diversité culturelle font des résidents du Nord une population à risque."

Le rapport laissait supposer que le Nord de l'Ontario était donc "doublement menacé" en ce qui a trait à la maladie mentale. Le rapport recommandait que des études plus approfondies soient faites dans le Nord afin d'identifier les besoins pressants des autochtones, des femmes, des personnes âgées, et des francophones. Le besoin de meilleurs mécanismes de coordination était également mentionné comme une priorité.

L'étude des effectifs du domaine de la psychiatrie de l'Ontario complétée en 1980 avait démontré les carences importantes des effectifs dans la région du Nord en soulignant le besoin de psychiatres francophones et autochtones et une affiliation universitaire plus forte, une indication certaine du besoin d'une étude ultérieure de la région du Nord.

Le ministère de la Santé de l'Ontario, s'appuyant sur ces recommandations, subventionna en 1981 L'étude conjointe en santé mentale effectuée par les trois conseils régionaux de la santé (Algoma, Cochrane et Manitoulin/Sudbury) et des représentants de l'Hôpital psychiatrique de North Bay. L'Institut de psychiatrie Clark et l'Unité de recherche en soins de santé de l'Université de Toronto avaient collaboré à cette étude en fournissant une expertise conseil. L'étude identifia les dispensateurs clés de services de santé mentale et fournit des données démographiques de la région desservie. La cueillette des données incluait aussi une étude destinée à identifier les besoins du Nord-Est mais le Comité de travail fit remarquer qu'il était difficile d'identifier les besoins et que:

> "... il existe peu de normes dans le domaine qui permettent de mesurer un besoin,... en l'absence de lignes de conduite ou de normes (pour les lits psychiatriques et les professionnels) la détermination des besoins est un exercice pour le moins subjectif."

Cette étude identifia une liste complète de besoins signalés par les dispensateurs de soins et les médecins. Les 13 recommandations de ce rapport qu'on retrouve à l'annexe A établissent le besoin d'un comité régional de services de santé mentale, d'un plus grand nombre de professionnels et d'opportunités d'éducation continue et des changements requis aux maisons pour programmes de soins spéciaux. Elles mettent aussi en valeur le besoin d'évaluer la qualité des soins aux malades mentaux chroniques et le besoin de systèmes après-soins hospitaliers.

La promotion et la prévention furent identifiées dans le rapport de 1981 comme une responsabilité communautaire sous la direction du Conseil régional de la santé. Il fut recommandé aussi que des représentants autochtones soient nommés à des comités chargés d'améliorer les services en santé mentale et que des psychiatres et autres professionnels francophones étaient requis. La sixième recommandation était:

> "L'Hôpital psychiatrique de North Bay devrait être désignée comme centre régional pour soins à long terme, et comme support aux services locaux de santé mentale de même qu'au traitement des cas plus difficiles."

On a critiqué le ministère de la Santé pour ne pas avoir pris action en regard des recommandations du Comité de travail. On devrait prendre note cependant, qu'à l'origine, les objectifs de l'étude de 1981 étaient très spécifiques; offrir une vue d'ensemble des services en santé mentale et évaluer les besoins des diverses communautés. L'étude n'avait pas été conçue comme un outil de planification. En ce sens, cette étude a fourni beaucoup de renseignements importants à l'étude en santé mentale que nous réalisons présentement.

Le rapport Heseltine ayant pour titre: Schéma directeur: les dix prochaines années préparé pour le ministère de la Santé, est le document le plus cité. On y retrouve plusieurs approches et de nouvelles directions pour les soins de santé mentale en Ontario. Le rapport Heseltine a spécifiquement souligné que le Nord était une région sous-développée en matière de services de santé mentale et a insisté sur le fait qu'une bonne planification en santé mentale requiert l'établissement des priorités des besoins au sein de la population dans le but d'utiliser efficacement les ressources restreintes.

Depuis sa publication en 1983, les orientations globales suggérées dans le rapport Heseltine ont reçu l'appui de la division de la Santé mentale du ministère de la Santé de l'Ontario et ont été accueillies comme une vision de l'avenir. À cause de son importance, le présent rapport fait référence au rapport Heseltine dans la discussion ultérieure des tendances en soins de santé mentale.

Le Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario (S.E.F.P.O.) reconnaissant les besoins de changements a parrainé une audience publique pour la discussion de l'état des soins de santé mentale. Le sommaire de la session intitulée "Nous sommes tous coupables" a relevé d'importantes déficiences dans le système de soins psychiatriques actuels et des inquiétudes spécifiques quant à l'approche vis-à-vis des soins à l'Hôpital psychiatrique de North Bay. Des recommandations spécifiques ont été avancées en regard du besoin d'une gamme complète de programmes ayant leur base dans la communauté, de l'introduction de services d'intervention en situation de crise et des approches à la désinstitutionnalisation prudente avec gestion de cas essentielle et programme après-soins. La recommandation spécifique:

> "L'intégration du service de santé devrait être étudiée dans le but de traiter les patients psychiatriques selon une approche non stigmatisante à la manière des patients médicaux et dans le même établissement de santé communautaire"

a reçu une considération spéciale du Comité de direction et sera reprise plus tard au cours de cette étude.

À la lumière de ce qui précède et de nombreuses autres études (dont la liste apparaît dans la bibliographie) effectuées par les conseils régionaux de la santé, les hôpitaux et autres dispensateurs de soins, on n'est pas surpris de voir que les résidents du Nord-Est étaient préoccupés à l'idée qu'une autre étude soit amorcée. C'est pour cette raison qu'il sera important qu'une action soit entreprise pour accepter et mettre en oeuvre les recommandations de cette étude dans un laps de temps raisonnable.

DIRECTIVES POUR CETTE ÉTUDE

À la fin de 1984, le ministre de la Santé, l'Honorable Alan Pope, désigna un Comité de direction formé de représentants du Nord-Est de l'Ontario

pour développer le mandat d'une étude complète sur la santé mentale du Nord-Est. Cette étude devrait dépasser les efforts déployés auparavant pour bâtir un modèle et une vision de l'avenir avec une stratégie d'application pratique et un calendrier de réalisation.

Les douze membres du Comité de direction avec leur lieu de résidence sont listés par ordre alphabétique:

M. Peter Bernie, Président - North Bay

M. David Butler* - North Bay

Mme Margaret Dobie - Sault Ste-Marie

M. David Doyle - North Bay

M. Tom Elliott - North Bay

M. Nick Hirt - Sault Ste-Marie

Mme Maureen Lacroix - Sudbury

Mme Shirley Rokeby - Timmins

M. Maati Saari** - North Bay

Mme Nancy Thompson - Tarzwell

M. Robert Trahan - Hearst

Mme Coral Young - North Bay

Les représentants du ministère de la Santé nommés pour faire partie du Comité de direction étaient les suivants:

Mme Giah Eisenstein -	Directrice, section de la Planification de la santé mentale
Mme Karen Riehm -	Officier sénior de la planification, section de la Planification de la santé mentale
M. David Belyea -	Conseiller sénior en administration, Équipe de la région du Nord-Est, section Opération des établissements

---

* a quitté le Nord-Est de l'Ontario avant le début de l'étude

** a démissionné en avril 1986 pour des raisons personnelles.

Le Comité de direction a eu sa première rencontre pour établir le mandat de l'étude en février 1985. Les termes de ce mandat apparaissent à l'annexe B.

La Firme d'expertise conseil en gestion Touche Ross a été choisie pour l'étude qui a commencé en septembre 1985. L'Équipe de Touche Ross pouvait s'appuyer sur un psychiatre hautement qualifié.

À cause de la nature de cette étude, il était d'une importance particulière de pouvoir compter sur l'orientation, le jugement et le point de vue d'un psychiatre. À cet effet, l'expertise du Dr. Erhard Busse à titre d'associé à la Firme Touche Ross est démontrée tout au long de ce rapport et dans le modèle proposé pour le Nord-Est de l'Ontario. Pour mieux apprécier sa contribution à cette étude, le lecteur sera intéressé à connaître les antécédents du Dr. Busse et tout particulièrement son expérience comme praticien dans le Nord-Est.

> Le Dr. Erhard Busse, M.D., F.R.C.P.(C) a pratiqué la psychiatrie pour plus de 15 années et occupe présentement le poste de médecin-chef à l'Hôpital Oakville-Trafalgar Memorial. Il est associé à l'hôpital depuis 1976 et y a établi le département de psychiatrie. Il a contribué aussi à la conceptualisation et à l'application d'un programme complet de consultation pour les écoles secondaires de Oakville et pour la Cour familiale et juvénile de Halton. Le Dr. Busse a planifié, établi et supervisé un programme complet de gestion de cas et de services communautaires pour les patients schizophréniques chroniques et est le co-fondateur de l'organisme appelé "Les amis des schizophrènes d'Oakville". Il a aussi été actif au Conseil régional de santé de Halton, ayant été membre du Conseil et président de son sous-comité de la santé mentale pour une période de cinq ans.
>
> De 1974 à 1976 le Dr. Busse était en pratique privée à North Bay et pendant cette période il a été membre du Conseil d'administration de la société de l'Aide à l'enfance, a travaillé à la gestion et a procuré des consultations cliniques au projet DARE du ministère des Services correctionnels. Il a aussi planifié et mis en place un programme pour les enfants hyperactifs à la Commission scolaire locale. Il a aussi fait partie, d'un comité régional chargé de l'étude et de la planification des services aux enfants et a été impliqué dans la conception et la mise en place d'un programme conjoint pour patients adultes en psychiatrie qui exigeait la coordination des services de santé mentale avec le ministère des Services sociaux et communautaires.

Durant son séjour à North Bay, le Dr. Busse s'est familiarisé avec les problèmes complexes associées aux services en santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario. Ses patients lui venaient d'aussi loin que Kapuskasing et Sault Ste-Marie. Le Dr. Busse a travaillé de concert avec l'association du Barreau pour développer des mécanismes informels pour assurer une meilleure gestion des cas psychiatriques. Il a eu des contacts fréquents avec les services de réadaptation professionnelle du ministère des Services sociaux et communautaires.

Le Dr. Busse exerce une forte influence sur la création et le maintien d'un réseau de services pour les malades mentaux chroniques avec le résultat que plusieurs des programmes à l'Hôpital Oakville-Trafalgar sont des projets faits en collaboration entre les hôpitaux, les unités sanitaires locales, les services de maintien à domicile et de nombreux organismes bénévoles.

* * * * *

Ce rapport présente les constatations, les conclusions et les recommandations du Comité de direction de la santé mentale en Ontario de façon à établir les orientations pour les services de santé mentale jusqu'à l'an 2000 et au-delà. Il faut s'attendre à ce que ces recommandations d'une grande portée puissent affecter le travail de chaque dispensateur de soins en santé mentale et de tout autre membre de la société. Bien que ce rapport soit d'une certaine longueur, on encourage le lecteur à parcourir toutes les sections de façon à s'assurer qu'il comprend bien la raison d'être du modèle recommandé.

Les sections suivantes indiquent les objectifs de l'étude et du programme de travail suivi d'un aperçu de la démographie du Nord-Est de l'Ontario et de ses caractéristiques. Les sections subséquentes décrivent les tendances courantes de soins, le modèle proposé pour les services de santé mentale du Nord-Est de l'Ontario avec les principes sur lesquels on a établi le modèle, l'organisation et l'administration du système qui prend racines dans la communauté. La mise en place du modèle dans chacun des secteurs de service tient compte des services existants et de leur force. Finalement, le plan de réalisation est présenté avec un échéancier et une estimation des coûts qui s'y rapportent.

Les annexes incluent la bibliographie, le mandat de l'étude, la liste des organismes interviewés, les points saillants du questionnaire démographique et les données d'utilisation. D'autres précisions pertinentes sont aussi incluses.

III. LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET LE PROGRAMME DE TRAVAIL

Pour satisfaire pleinement aux exigences de cette étude, le Comité de direction a établi des objectifs qui exigeaient que la collecte complète des données soit faite et qu'ensuite le modèle soit développé, testé et épuré. Des consultations importantes auprès de la communauté ont été entreprises à certains points critiques du processus décisionnel de l'étude pour favoriser la contribution des dispensateurs de soins, des omnipraticiens et de la communauté en général. Il était essentiel de s'assurer que les orientations établies dans cette étude s'appuient sur des forces actuelles et soient en mesure de promouvoir un système de santé mentale complet, innovateur, tout en étant pratique. Ceci à la lumière des besoins identifiés par les principaux groupes d'usagers.

Les objectifs de l'étude et la discussion des activités clés du programme de travail suivent.

LES OBJECTIFS

L'objectif général de cette étude est:

- **de développer un plan de services de santé mentale complet et dynamique pour le Nord-Est de l'Ontario valable jusqu'en l'an 2000.**

Maintenant que l'étude est complétée, il est à prévoir que le modèle ou le plan proposé, s'il est bien implanté, aura une portée qui s'étendra au-delà de l'an 2000.

L'atteinte de cet objectif exigeait comme élément essentiel, une compréhension préalable des points de vue de ceux qui assurent les services et l'identification des exigences futures, y compris:

- un inventaire détaillé des services de santé mentale existants;
- les exigences pour les services de santé mentale en établissement, pour les patients hospitalisés et pour les consultations externes;
- les exigences des services de santé mentale communautaires incluant le logement, le counseling, les programmes satellites, les services d'apprentissage et autres services de soutien;
- les exigences du système de santé mentale, plus particulièrement le développement de programmes, la coordination et l'évaluation.

Comme prévu dans le mandat de l'étude, le plan était centré sur les exigences de base pour un système complet de services en santé mentale, et si

nécessaire, sur la considération des particularités et les caractéristiques du territoire du Nord-Est desservi et de ses résidents comme suit:

- le besoin de services de soins aigus et chroniques en santé mentale;
- le besoin de services de désintoxication;
- l'intégration, si possible, et la coordination des services pour adultes et enfants en santé mentale;
- les besoins de populations cibles particulières, i.e. francophone, autochtone, psychogériatrique;
- le rôle, la grandeur, l'emplacement, l'affiliation universitaire de l'Hôpital psychiatrique de North Bay;
- les questions d'évaluation, suivi et lien entre les soins institutionnels et communautaires en ce qui a trait à l'après-soins;
- les problèmes d'accès et de distribution; et
- l'utilisation et la préservation, quand cela est possible, des forces et des ressources qui existent présentement dans le système de santé mentale;

Le plan final vise une stratégie spécifique d'application dans le contexte d'un continuum de soins qui inclut le nombre, la grandeur, l'emplacement, le genre et la distribution des ressources nécessaires, le redéploiement et la formation nouvelle des ressources humaines existantes. De plus, les recommandations pour le futur modèle devaient prendre en considération:

- l'usage le plus efficace des services existants;
- les besoins de la clientèle qui ne pouvaient être satisfaits que par des programmes nouveaux ou élargis; et
- l'usage relatif des services et des programmes et leur rang par priorité.

Un aspect final du plan considérait l'approche et la stratégie pour une évaluation continue du système.

Pour satisfaire ces exigences, il a fallu que les conseillers entreprennent des activités spécifiques de cueillette de données et qu'ils fassent rapport au Comité des résultats obtenus ainsi que lui présenter différentes options et scénarios pour étude.

LE PROGRAMME DE TRAVAIL

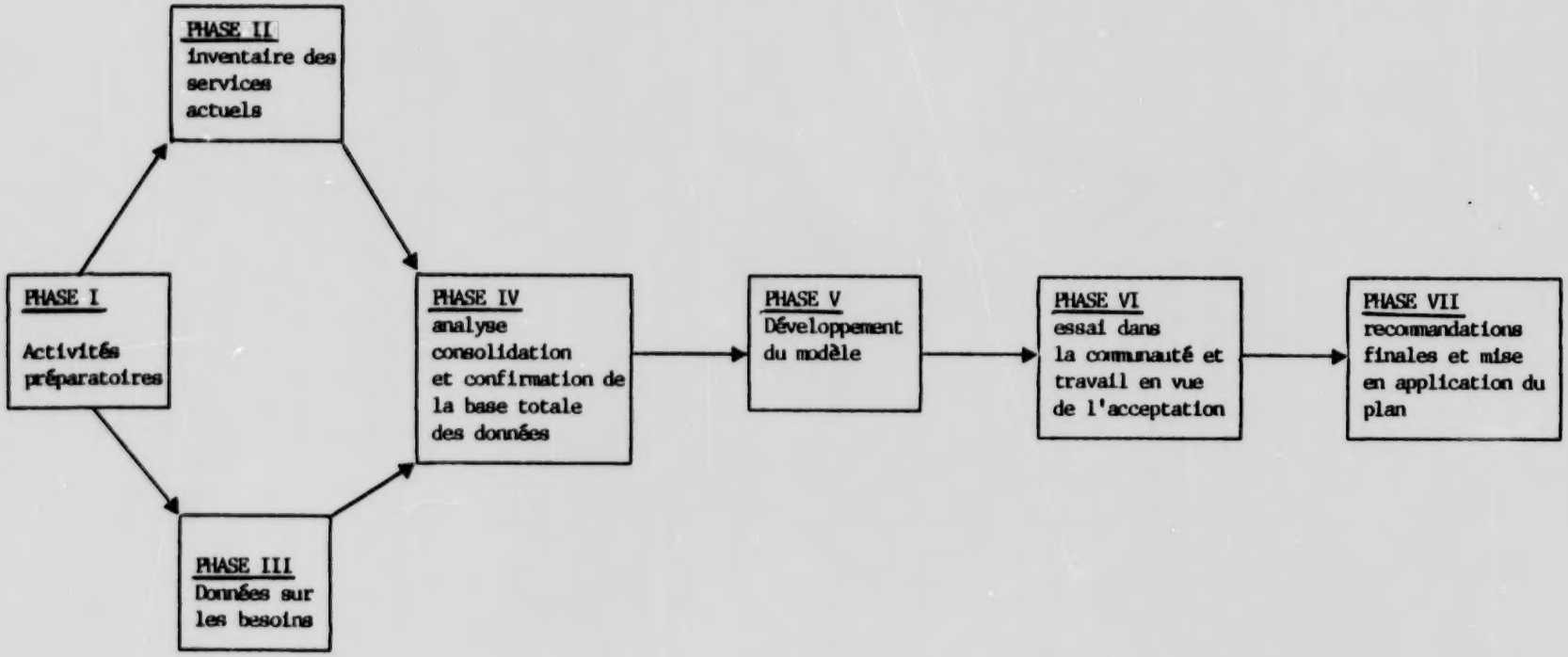
L'étude a débuté en septembre 1985 et comme indiqué au tableau 1 le Comité de direction a eu des réunions régulières pour discuter des résultats et conclusions et pour élaborer les principes et directives pour un modèle axé sur les services.

De plus, quelques-uns des membres du Comité de direction furent impliqués au cours des derniers six à huit mois dans leur région entreprenant la promotion de l'étude, suscitant l'intérêt et exprimant leur confiance que les résultats de l'étude mèneraient à un modèle réaliste et flexible. Les membres du Comité ont joué un rôle actif en identifiant des informateurs clés pour le processus d'entrevue initial, et ont ensuite exercé leur leadership au cours des réunions publiques de consultation et au cours des sessions de validation du modèle proposé. Les membres du Comité ont aussi été invités à voyager dans le Nord afin de développer leur compréhension des problèmes plus globaux du Nord-Est de l'Ontario, au-delà de leur propre région ou communauté. Le rôle des membres du Comité et leur implication personnelle au processus de l'étude méritent d'être signalés comme un facteur important dans la préparation du Nord-Est à ce système nouveau et avant-gardiste.

Les aspects majeurs du programme de travail incluent:

- une étude détaillée de rapports, articles, descriptions de programmes, prises de positions, et brochures (voir bibliographie);
- des entrevues en octobre et novembre 1985 auprès de plus de 150 dispensateurs clés, associations, organismes impliqués et groupes d'usagers (voir annexe C);
- une conception et analyse des questionnaires distribués aux omnipraticiens, à ceux qui assurent les services et autres groupes (voir annexe D pour réponses et liste de répondants ainsi que leurs rôles en santé mentale);
- une étude des données d'utilisation des hôpitaux du Nord-Est de l'Ontario qui dispensent des soins de santé mentale aigus/chroniques, selon les catégories de diagnostics, de séjour moyen et de types de cas référés;
- une étude des tendances démographiques et des troubles mentaux dans le but d'établir des projections pour les catégories de diagnostics les plus importants;
- une étude des dépenses provinciales en santé mentale et le total des coûts imputés au Nord-Est de l'Ontario, et per capita;
- l'établissement d'un inventaire des services de santé mentale existants (y compris les organismes et groupes non subventionnés par le ministère de la Santé;

SCHÉMA DU PLAN DE TRAVAIL



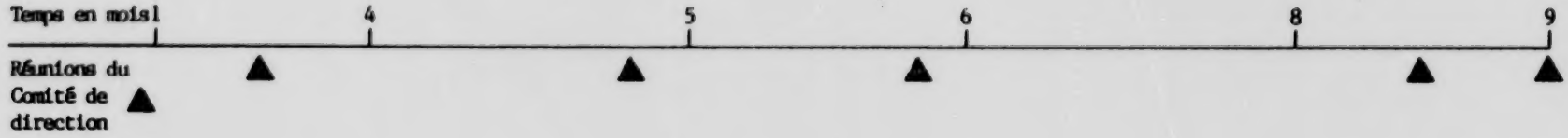


TABLEAU 1

- la planification et la tenue de 7 assemblées publiques en janvier 1986 au cours desquelles la population fut invitée à discuter de ses préoccupations et des problèmes reliés à la santé mentale. Ces assemblées ont également permis de susciter l'intérêt de la population pour cette étude (voir annexe C);

- une étude des tendances actuelles et des modèles de services de santé mentale et de sa gestion;

- la préparation du modèle de services de santé mentale;

- une deuxième ronde de consultations dans chacune des régions du Nord-Est de l'Ontario afin de valider le modèle proposé auprès de 14 groupes qui assurent les services et les informateurs clés (voir annexe C);et

- la préparation d'un plan de mise en place des services avec un échéancier, l'allocation des ressources humaines, une estimation des coûts et les questions de recyclage et de relocalisation de la main-d'oeuvre.

De septembre 1985 à août 1986 le Comité de direction a investi l'équivalent de trois semaines en réunions afin de préparer le plan présenté dans ce document.

IV. VUE D'ENSEMBLE DU NORD-EST DE L'ONTARIO

Au cours de cette étude on a demandé au Comité de direction de prendre connaissance de beaucoup de données relatives à la zone d'influence du Nord-Est ainsi que des forces et des faiblesses des services existants dans le but de tirer les conclusions qui s'imposent et tracer la voie au développement du modèle. Comme le démontre la Section III: le programme de travail, les conseillers ont effectué les travaux majeurs nécessaires à la cueillette et à l'analyse des données utilisant les nombreuses ressources disponibles tels les entrevues, les questionnaires et les séances de consultation publique.

Les régions comprises dans le Nord-Est de l'Ontario sont Algoma, Cochrane, Timiskaming, Nipissing et Manitoulin/Sudbury. Dans le mandat original de cette étude on incluait Parry Sound comme faisant partie du Nord-Est de l'Ontario. On s'entend pour dire que l'Hôpital psychiatrique de North Bay assure les services de psychiatrie à la région moins développée du Nord et au corridor Est de Parry Sound et que 18% des admissions proviennent de cette région. De même, les enfants de Parry Sound sont dirigés pour leurs soins à l'Hôpital Algoma de Sudbury. Une partie des données présentées provient donc des informations qui s'appliquent à la région.

Cependant, au cours de l'étude, le Comité décida de ne pas faire de recommandations quant à un modèle pour Parry Sound pour trois raisons. Premièrement, peut-être la raison la plus importante, il n'y avait aucun membre de la région de Parry Sound au sein du Comité de direction. En deuxième lieu, la région de Parry Sound est divisée, en ce qui concerne les patients référés, sur une base régionale et les dispensateurs de soins dirigent leurs patients à l'Hôpital psychiatrique de Penetanguishene. L'inclusion de Parry Sound dans le Nord-Est voudrait dire aussi un changement dans la manière de référer les patients.

En troisième lieu, Parry Sound n'a pas été inclus parce que la région est sur le point de s'organiser de façon formelle avec Muskoka pour l'établissement d'un conseil régional de santé. La population totale des deux secteurs est d'environ 80 000, une population régionale assez vaste pour considérer un modèle similaire à celui proposé pour les quatre régions de service. Les implications et les recommandations spécifiques au ministère par rapport à Parry Sound sont analysées dans la Section des modalités de mise en place du modèle.

Voici un sommaire des constatations et des conclusions qui découlent de cette phase d'activité;

- les caractéristiques démographiques;
- les dépenses en santé mentale;
- la revue de l'utilisation des services hospitaliers;
- les résultats du questionnaire et des interviews; et
- le sommaire des conclusions.

LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Cette sous-section fait état des faits saillants démographiques de la région du Nord-Est. Les caractéristiques démographiques particulières des quatre régions de service sont analysées dans la section des modalités de mise en place du modèle, spécialement pour les problèmes d'accès aux services de santé mentale et les besoins des groupes francophones et autochtones.

Introduction

Le tableau 2 montre que le Nord-Est couvre une vaste étendue de 277 103 kilomètres carrés, ce qui représente 30% de la province de l'Ontario. Mais avec sa population de 549 832 en 1981, le Nord-Est n'a qu'une population de 6.4% de la population totale de l'Ontario. Ces deux facteurs concourrent à la basse densité de la population qui s'établit à 2.0 résidents par kilomètre carré tandis que celle de l'Ontario est d'approximativement 9.4. Pour les besoins de planification il est important de reconnaître que 74% des résidents du Nord-Est vivent en milieu urbain et 26% en milieu rural.

Projections de la population

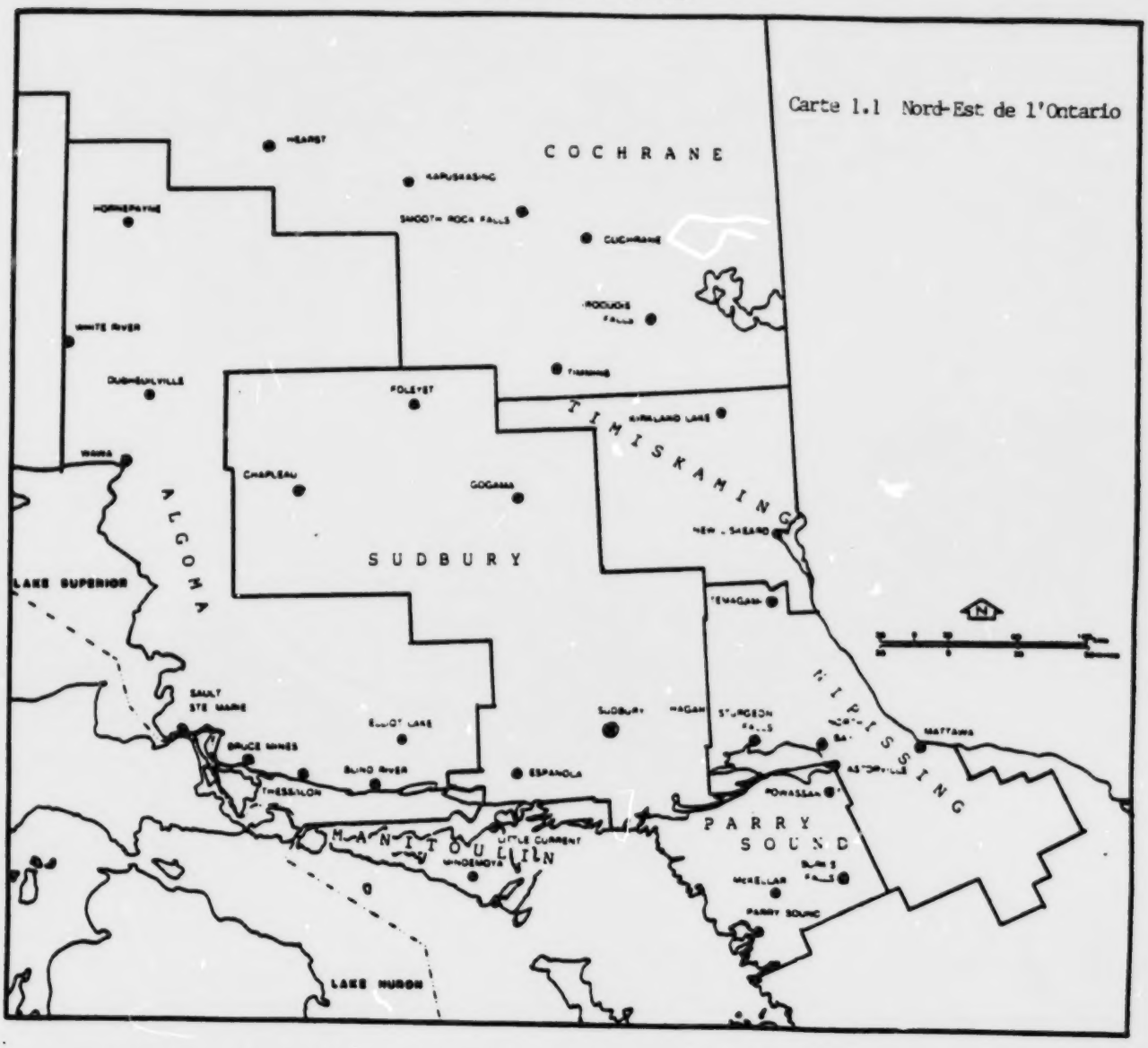
Le modèle proposé pour les services de santé mentale est un système valable jusqu'en l'an 2000 et au-delà. Il est donc nécessaire de faire l'examen des projections de la population pour le Nord-Est de l'Ontario dans les quatre régions de service. Les projections spécifiques à l'âge apparaissent à l'annexe E. Les projections utilisées dans cette étude sont basées sur la révision de 1985 du recensement effectué par le ministère du Trésor et économies. Un scénario de migration et de fertilité moyennes est prévu de sorte qu'il ne faut pas s'attendre à ce que la population du Nord-Est s'accroisse de façon significative pendant la période de 1981 à 2001. Une légère augmentation de 6.2% est prévue soit de 549 610 à 583 616. Cette augmentation est attribuée principalement à quelques projections plus fortes pour Algoma (17%) tandis que toutes les autres régions demeurent relativement stables.

La distribution de la population dans les régions est analysée plus en détail dans la section qui traite des modalités de mise en place du modèle dans les régions de service. Cependant, les projections laissent prévoir qu'en 2001, la population du Nord-Est sera distribuée de la façon suivante:

Régions de service	Population	Pourcentage du total
Manitoulin/Sudbury	200 010	34.3
Algoma	155 759	26.7
Nipissing/Timiskaming	121 178	20.8
Cochrane	106 669	18.2
Total du Nord-Est	583 616	100.0

TABLEAU 2

NORD-EST DE L'ONTARIO



Source: L'étude en santé mentale pour le Nord-Est (1981)

Catégories d'âges

Pour ce qui est des catégories, les estimations de 1986 prévoient que le Nord-Est de l'Ontario est un peu plus jeune que ce qu'on prévoit comme moyenne pour l'Ontario:

	% par catégorie Ontario	% par catégorie Nord-Est ontarien
0-14	20.5	22.8
15-19	7.6	8.5
20-24	9.1	10.5
25-34	17.2	16.5
35-44	14.4	13.2
45-64	20.2	19.3
65 et plus	11.0	9.2

Cependant on prévoit pour le Nord-Est de l'Ontario comme pour l'Ontario une tendance vers une population plus âgée. En 2001, près de 71 000 ou 12.1% des résidents auront plus de 65 ans tandis que l'Ontario en aura 13.9%.

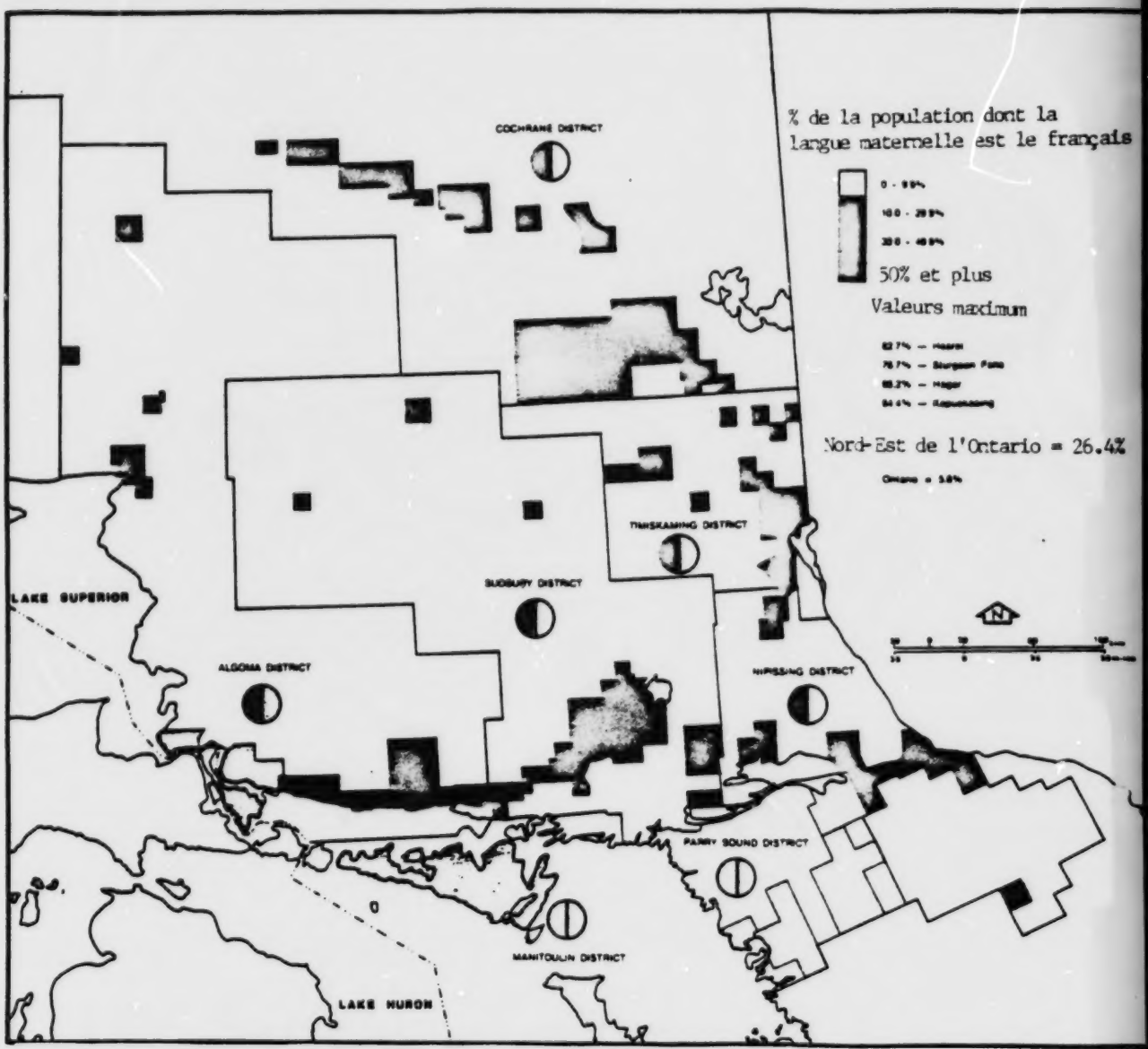
Langue maternelle

Les données sur la langue maternelle précisent que pour le Nord-Est, 90% des répondants ont indiqué le choix de l'une ou l'autre des deux langues officielles pour leur langue maternelle dans les proportions suivantes:

- 63% l'anglais
- 27% le français
- 10% autre

La catégorie "autre" englobe les italiens, les finlandais et les communautés autochtones du Nord. Digne de mention aussi est la haute proportion de francophones, 27% dans le Nord-Est, comparée à la moyenne de 5.5% pour l'Ontario. En fait, presque 32% des francophones de l'Ontario sont résidents du Nord-Est. L'étude de 1981 de la santé mentale dans le Nord-Est a attribué une large place à l'analyse des recensements de districts pour établir les distributions des groupes francophones. Bien que basée sur le recensement de 1976, il ne faut pas s'attendre à ce que la distribution générale des francophones montre des différences significatives et différentes de ce qu'on voit au tableau 3; ces chiffres sont donc apportés comme renseignements supplémentaires. Comme on peut le voir, les caractéristiques de langue et de culture varient considérablement dans le Nord-Est. Il faut prendre note que Cochrane, Nipissing, Timiskaming et Sudbury ont des secteurs à large concentration de francophones. Algoma et Manitoulin ont des populations principalement anglophones.

Carte 4.4 RÉPARTITION DE LA POPULATION FRANCOPHONE



Source: L'Étude sur la santé mentale du Nord-Est de l'Ontario (1981)

Les autochtones

Il y a, dans le Nord-Est 25 réserves d'autochtones; il faut noter cependant que le recensement ne fait pas état du nombre significatif d'autochtones qui vivent dans les régions urbaines ou les villes en dehors des réserves. On comptait 8 634 résidents vivant dans les réserves lors du recensement de 1981. La majorité de cette population ou 41% réside dans la région de Sudbury et de Manitoulin. L'autre partie de cette population est distribuée de la façon suivante: 26% à Algoma, 23% à Cochrane et 10% à Nipissing et Timiskaming.

Activité/revenu de la population active

Les statistiques sur l'activité de la population active du Nord-Est révèle un taux d'emploi et de revenu plus bas que la moyenne provinciale:

	Taux de participation(%)	
	Ontario	Nord-Est de l'Ontario
Hommes 15 ans et plus	79.8	75.8
Femmes 15 ans et plus	55.2	46.4

le taux de participation pour les femmes est très bas, il faut le noter, et de 10% plus bas que la moyenne provinciale qui se situe à 55.2%. De façon similaire, les salaires dans le Nord-Est sont de 4.4% plus bas pour les hommes et de 18% plus bas pour les femmes (les détails qui s'y rattachent apparaissent à l'annexe E).

Données sur la famille

Les données sur la famille indiquent qu'il y a 141 925 familles dans le Nord-Est dont à peu près 89% sont des familles "mari et femme" et 11% de familles monoparentales. Le nombre moyen de personnes par famille est de 3.0, un nombre relativement stable pour tout le territoire du Nord-Est. De même, la moyenne de 1.5 enfants par famille semble assez stable mais un peu plus élevé que ce qu'on constate au niveau de la province.

Éducation

Les niveaux d'éducation sont plus bas, et de façon significative dans le Nord-Est, que la moyenne provinciale de 22.3% de résidents âgés de plus de 15 ans qui ont moins de la 9ième année. Ce pourcentage est de 5% plus élevé que la moyenne de 17.2% pour l'Ontario.

LES DÉPENSES EN SANTÉ MENTALE

Une base importante de cette étude est la discussion de la tendance vers des services communautaires et la promesse du ministère de la Santé de l'Ontario d'introduire un système de soins plus équilibré. La politique

et les prises de position du gouvernement dirigent les investissements de ressources financières. La revue des dépenses en santé mentale est une bonne source d'information car elle inclut aussi les tendances les plus courantes dans les dépenses de ces dernières années de même que celles du Nord-Est.

Les dépenses en santé mentale pour l'Ontario

les informations les plus récentes sur les dépenses provinciales en santé mentale indiquent que le ministère de la Santé de l'Ontario a dépensé environ $783.0 millions pour les activités relatives à la santé mentale en 1983-1984. Ceci représente une augmentation de $73.5 millions ou 10.35% de plus que pour l'année financière précédente. Le graphique du tableau 4 montre l'estimation des dépenses par programme.

On peut constater que les hôpitaux psychiatriques ont reçu $296.2 millions du ministère de la Santé pour l'année financière 1983-1984, la plus grande tranche accordée aux dépenses pour les services de santé mentale, approximativement 37.8% du total. Cette catégorie précède celle des dépenses pour les patients psychiatriques dans les hôpitaux généraux établies à $171.0 millions ou 21.8% du total. La troisième catégorie en ce qui a trait aux dépenses était celle des paiements au régime d'Assurance hospitalisation de l'Ontario (R.A.H.O.), déclarés par les médecins comme services en santé mentale, une dépense de $157.6 millions ou 20.1% du total. Les trois programmes qui précèdent représentent à peu près 80% de toutes les dépenses en santé mentale.

Le tableau 5 présente le sommaire des dépenses et des changements en pourcentage pour l'année financière précédente pour les trois années financières 1981-1982, 1982-1983 et 1983-1984. Les dépenses totales ont augmenté de 27.3% sur la période précédente de deux ans et les augmentations les plus fortes ont eu lieu au niveau de la santé mentale communautaire, soit 69.4%, et les programmes relatifs à l'alcoolisme et la toxicomanie, 66.7%. Ces tendances illustrent bien les vues du ministère de la Santé pour les services qui ont leur base dans la communauté et pour le secteur relativement nouveau des programmes qui touchent à la toxicomanie.

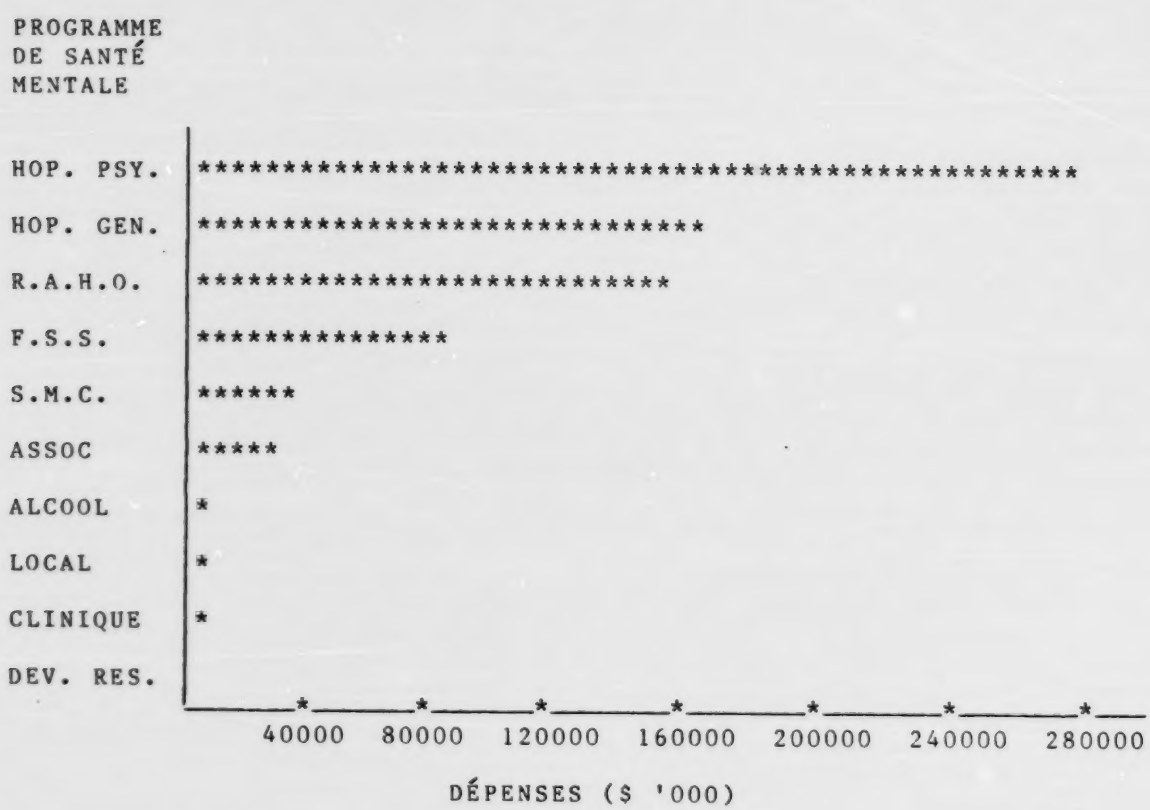
On remarque des augmentations annuelles de 10.35% à 15.37% pour les services de santé mentale pour cette période ainsi qu'une augmentation des dépenses en santé per capita de presque 25% en deux ans.

Les dépenses en santé mentale pour le Nord-Est de l'Ontario

Le Nord-Est de l'Ontario représente 6.4% de la population de l'Ontario et reçoit 6.1% des paiements totaux en santé mentale, v.g. environ $47.6 millions annuellement. Comme on peut le voir, on estime que la région reçoit 20.8% du financement attribué par la province aux agences locales de santé et 10.3% du financement réservé aux programmes pour l'alcool et les drogues. Le Nord-Est cependant ne reçoit que 1.8% du total des paiements du R.A.H.O. qui sont reliés à la santé mentale.

TABLEAU 4

ESTIMATION DÉS DEPENSES EN SANTÉ MENTALE
ANNÉE FINANCIÈRE 1983/84



Source: Ministère de la Santé de l'Ontario

TABLEAU 5

SOMMAIRE DES DÉPENSES EN SANTÉ MENTALE DE L'ONTARIO PAR PROGRAMME, ANNÉE FINANCIÈRE 1981/1982 À 1983/1984

	1981/82	1982/83	1983/84	% d'augmentation
Paiements R.A.H.O.				
Dépenses ($)	108,535,068	137,826,980	157,573,589	45.2
Pourcentage de changement (%)	25.54	26.99	14.33	
Par individu ($)	12.58	15.81	17.87	
Santé mentale communautaire				
Dépenses ($)	17,753,728	23,456,974	30,068,268	69.4
Pourcentage de changement (%)	30.15	32.12	28.18	
Par individu ($)	2.06	2.69	3.41	
Programme pour alcool et les drogues				
Dépenses ($)	4,096,906	5,191,643	6,828,974	66.7
Pourcentage de changement (%)	10.72	26.73	31.54	
Par individu ($)	0.47	0.60	0.77	
Hôpitaux psychiatriques				
Dépenses ($)	232,094,363	272,638,406	296,215,839	27.6
Pourcentage de changement (%)	10.96	17.47	8.65	
Par individu ($)	26.91	31.28	33.59	
Hôpitaux généraux				
Dépenses ($)	147,777,662	155,022,991	170,960,701	15.7
Pourcentage de changement (%)	13.48	4.91	10.28	
Par individu ($)	17.13	17.79	19.39	
Maison de soins spéciaux				
Dépenses ($)	74,608,187	82,045,759	85,391,279	14.5
Pourcentage de changement (%)	11.31	9.97	4.08	
Par individu ($)	8.65	9.41	9.68	
Agence locales de santé				
Dépenses ($)	3,801,054	4,165,548	4,828,254	27.0
Pourcentage de changement (%)	0.00	9.59	15.91	
Par individu ($)	0.44	0.48	0.55	
Octroi aux associations				
Dépenses ($)	22,258,068	24,688,010	26,311,647	18.2
Pourcentage de changement (%)	12.31	10.92	6.58	
Par individu ($)	2.58	2.83	2.98	
Octroi pour la recherche				
Dépenses ($)	3,908,176	4,365,900	4,704,500	20.4
Pourcentage de changement (%)	8.65	11.72	7.76	
Par individu ($)	0.45	0.50	0.53	
Développement de ressources de santé				
Dépenses ($)	110,360	168,875	145,478	31.8
Pourcentage de changement (%)	(81.39)	53.03	(13.85)	
Par individu ($)	0.01	0.02	0.02	
TOTAL				
Dépenses ($)	614,943,572	709,571,086	783,028,529	27.3
Pourcentage de changement (%)	14.30	15.39	10.35	
Par individu ($)	71.30	81.41	88.80	25.0

Source: Ministère de la Santé de l'Ontario

La part totale du Nord-Est de l'Ontario du total des dépenses provinciales pour 1983-1984 est la suivante:

	Nord-Est % du total des dépenses provinciales
Programmes locaux de santé	20.8%
Programmes relatifs à l'alcool et les drogues	10.3
Maisons pour soins spéciaux	8.3
Santé mentale communautaire	8.0
Hôpitaux psychiatriques	7.2
Octrois aux associations	6.8
Octrois de recherche	6.4
Hôpitaux généraux	6.0
Paiements du R.A.H.O.	1.8
Pourcentage du total du financement provincial	6.1
Pourcentage de la population	6.4

On peut comparer les catégories de financement en santé mentale au total provincial de la façon suivante.

	% catégories de dépenses totales	
Catégorie	Nord-Est	Province
Hôpitaux psychiatriques	44.5	37.8
Hôpitaux généraux	21.4	21.8
R.A.H.O.	6.1	20.1
Maisons pour soins spéciaux	14.9	10.9
Santé mentale communautaire	5.0	3.8
Alcool et drogues	1.5	0.9
Autres	6.6	4.7
	100.0	100.0

Le bas pourcentage de financement par le R.A.H.O. démontre une insuffisance de réclamation par les médecins pour les diagnostics psychiatriques. De plus, le nombre de services en santé mentale par médecin a diminué durant la période de 1982-1983 à 1983-1984 de 105, 158 à 99,380 respectivement.

Le bas pourcentage de financement pour les services de santé mentale par le R.A.H.O. soulève la question à savoir s'il y a moins d'omnipraticiens dans le Nord-Est de l'Ontario ou si les omnipraticiens sont moins impliqués à assurer les services de santé mentale ou si les omnipraticiens n'enregistrent pas dans les groupes de diagnostics reliés à la santé mentale. Cette constatation s'accorde avec les résultats du questionnaire destiné aux omnipraticiens, où 55% des médecins indiquèrent que 25% ou moins des traitements le furent pour des services en santé mentale.

Cependant, le nombre de 435 omnipraticiens pour une population de 550,000 et une moyenne de cas de 1200 à 1300 semble tout à fait raisonnable et ne peut porter à conclure que la facturation est basse à cause d'une pénurie d'omnipraticiens.

Comme on peut le voir dans les différentes catégories de dépenses, le Nord-Est a plus investi dans les soins en établissement, avec 66% de toutes les dépenses en santé mentale pour les hôpitaux psychiatriques et pour certains services psychiatriques dans les hôpitaux généraux. C'est nettement plus que la moyenne provinciale à 59.6%. Cette dépendance traditionnelle pour les services de santé mentale en milieu hospitalier dans le Nord-Est pose un défi pour l'établissement d'un système valable jusqu'en l'an 2000, lequel exigera un déplacement des priorités et du financement de même que des responsabilités accrues pour les omnipraticiens et pour ceux qui sont responsables des soins primaires.

REVUE DE L'UTILISATION DES SERVICES HOSPITALIERS.

La région du Nord-Est a un total de 465 lits psychiatriques adultes, 32 lits pour enfants et adolescents dans cinq services de psychiatrie:

	Lits
Hôpital psychiatrique de North Bay	308
Hôpital Algoma de Sudbury	97*
Hôpital Général de Sudbury	36
Hôpital Plummer Memorial	36
Hôpital St.Mary	20
Total des lits de psychiatrie	497

De tous les congés dans la région, 60% proviennent des dispensateurs de ces cinq services, presque 86% des jours-patient psychiatriques. Les hôpitaux communautaires jouent un rôle significatif dans les soins en santé mentale v.g. la responsabilité de l'autre 40% d'admissions et de congés et 15% des jours-patient. La classification des hôpitaux par niveaux d'activité (v.g. congés et jours-patient) apparait au tableau 6.

Pour les besoins de cette revue, les données 1984-1985 de HMRI[1] ont été obtenues du Centre des données du ministère de la Santé pour tous les hôpitaux du Nord-Est de l'Ontario. Les cinq services désignés sont

---

* Inclut les 32 lits pour enfants.

1 Information relative aux archives médicales hospitalières

TABLEAU 6

LES QUINZE HÔPITAUX PRINCIPAUX DU
NORD-EST DE L'ONTARIO
QUI TRAITENT EN SANTÉ MENTALE
(1984/1985)

Selon le nombre de congés psychiatriques		% Cumulatif
1. Sudbury Algoma	1 015	15.2
2. North Bay Psychiatric	844	27.9
3. Plummer Memorial	781	39.6
4. Sudbury General	701	50.2
5. St. Mary's General	596	59.1
6. Kapuskasing-Sensenbrenner	269	
7. New Liskeard	265	
8. Lady Minto	183	
9. Kirkland District	173	
10. Elliot Lake St. Joseph's	169	
11. North Bay Civic	161	
12. Parry Sound District	133	
13. Blind River	117	
14. North Bay St. Joseph's	110	
15. Notre-Dame Hearst	93	
16. West Nipissing	93	
Autres	956	
Total	6 659	

Selon le nombre de jours-patient psychiatriques		% Cumulatif
1. North Bay Psychiatric	84 379	52.3
2. Sudbury Algoma	18 895	64.0
3. Plummer Memorial	12 454	71.7
4. Sudbury General	11 409	78.8
5. St. Mary's General	9 981	85.0
6. Kapuskasing-Sensenbrenner	2 406	
7. New Liskeard	2 189	
8. Kirkland District	2 069	
9. North Bay Civic	1 956	
10. Lady Minto	1 236	
11. Parry Sound District	1 155	
12. Elliot Lake St.Joseph's	1 151	
13. North Bay St.Joseph's	1 134	
14. Notre-Dame Hearst	960	
15. West Nipissing	864	
Autres	9 090	
Total	161 328	

Source: Centre de traitement des données du ministère de la Santé de l'Ontario

présentés dans les sections suivantes avec les informations spécifiques d'utilisation de leur services psychiatriques. Ceci est suivi d'une analyse de renseignements se rapportant à d'autres données d'utilisation ou à la liste d'attente.

L'Hôpital psychiatrique de North Bay (H.P.N.B.)

Cet établissement appartient au ministère de la Santé et est opéré par lui. Son but principal est de desservir la région via les services suivants listés selon le nombre de lits et la population-cible.

Service	lits	Population-cible
Admission à l'aigu	26	locale
Admission à l'aigu	26	régionale
Réadaptation spéciale	130*	régionale
Adaptation sociale	24	régionale
Médecine légale de sécurité	24	régionale
Psychogériatrie	78	régionale
Total	308	

Une unité de 26 lits affectés au service des admissions à l'aigu est réservée aux admissions locales. Comme on peut le constater au tableau 6, l'Hôpital psychiatrique de North Bay se place au premier rang pour les jours-patient, avec 84,379 jours annuellement et suit l'Hôpital Algoma de Sudbury pour les congés, avec seulement 844 ou 13% des congés totaux des hôpitaux du Nord-Est. Ceci témoigne d'un séjour moyen plus long à l'hôpital qu'on peut attribuer principalement à ses services de réadaptation spéciale et de psychogériatrie, lesquels procurent plusieurs services aux patients "chroniques"

Le séjour moyen (SM) dans les unités d'admission à l'aigu à l'H.P.N.B. se rapproche plus du court séjour moyen qu'on rencontre dans les autres services de soins psychiatriques aigus, soit 18.5 jours. On rapporte que le SM a été réduits de 26 jours qu'il était à 18.5 qu'on retrouve actuellements un facteur dû au développement des soins ambulatoires en ville, ce qui permet un congé plus à bonne heure.

---

* Les données d'utilisaton montrent que 18 patients ont un diagnostic primaire de retard mental.

*** Demandes de consultation**

Le tableau 7 présente le profil d'un patient résident, venu de régions diverses, et ce sur la base du congé psychiatrique de l'hôpital. Cette analyse montre d'où venait le patient qui se présentait à l'H.P.N.B. pour y recevoir des traitements en 1984-1985. Les régions principales desservies par l'H.P.N.B. sont Nipissing avec 363 ou 44% du total des congés, Cochrane avec 149 ou 18%, Timiscaming avec 10.8% et Parry Sound avec 7.5%. Il est intéressant de noter que, bien que 90% des lits de l'H.P.N.B. soient à vocation régionale, plus de 50% des congés étaient obtenus par des patients de Nipissing ou Timiscaming.

On prétend qu'une des raisons expliquant cette tendance est la migration des ex-patients psychiatriques chroniques vers North Bay. En fait, on estime qu'un participant sur deux du halte-accueil de l'Association canadienne pour la santé mentale au centre ville vient d'une région située à l'extérieur de Nipissing.

*** Les groupes de diagnostics**

L'Hôpital psychiatrique de North Bay a comme rôle de donner des services psychiatriques aux adultes seulement; cependant, en 1984-1985, 57 adolescents, agés de 15 à 19 ans ont reçu leur congé, comme on peut le constater au tableau 8.

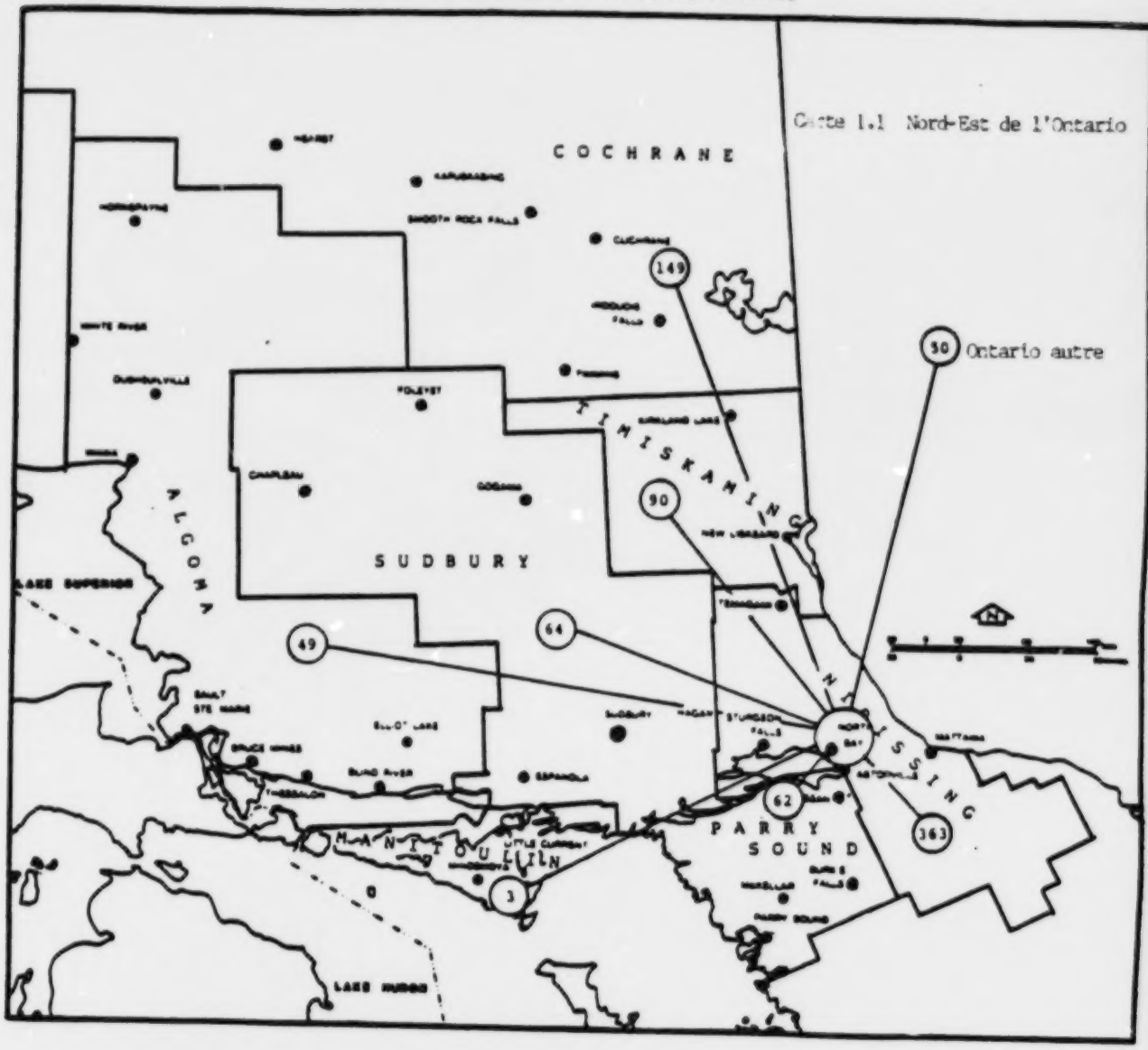
Les congés des patients psychotiques représentent 54.9% du total des congés à l'H.P.N.B. en ce sens qu'il traite un haut pourcentage de patients atteints de schizophrénie, 32.1%, de psychoses affectives, 11.8%, de troubles de la personnalité 11.7%. Ces groupes représentent plusieurs des usagers "chroniques" des services de santé mentale qu'on doit considérer dans la développement d'un modèle.

L'hôpital rapporte que son taux d'occupation est élevé dans ses services de réadaptation spéciale, de psychogériatrie et de médecine légale.

*** Portrait d'un jour**

Une partie de la revue d'utilisation à l'H.P.N.B. comprenait une analyse de la population actuelle des patients durant la première semaine de février 1986. Les informations furent recueillies pour chacune des unités de l'hôpital, par patient, sexe, âge, diagnostic primaire, durée de séjour, nombre d'admissions et pronostic: v.g. quel est le plan de congé

CONGÉS EN PSYCHIATRIE AU HPNB
PAR LIEU DE RÉSIDENCE DU PATIENT (1984-1985)



Source: Centre de traitement des données ministère de la Santé de l'Ontario
Note: Les totaux diffèrent légèrement de ceux qu'on peut voir au tableau 8

HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE NORTH BAY
CONGÉS PAR DIAGNOSTIC, ÂGE ET SEXE
(1984-1985)

	AGES 0/14		AGES 15/19		AGES 20/24		AGES 45/64		AGES 65+		GROUPE		TOTAL	%
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	Total	total
CATÉGORIES														
Démence sénile et pré-sénile	0	0	1	0	1	0	3	1	12	6	17	7	24	2.8
Psychoses dues à l'alcoolisme	0	0	0	0	1	0	2	3	1	1	4	4	8	0.9
Psychoses dues aux drogues	0	0	1	0	9	1	1	0	0	0	11	1	12	1.4
Autres psychoses organiques	0	0	0	0	3	4	3	2	0	1	6	7	13	1.5
Schizophrénie	0	0	19	1	134	57	28	23	4	6	185	87	272	32.2
Psychoses affectives	0	0	0	3	22	16	14	34	2	9	38	62	100	11.8
États de paranoïa	0	0	0	0	4	4	3	3	3	1	10	8	18	2.1
Autres psychoses non-organique	0	0	2	0	9	2	0	2	1	0	12	4	16	1.9
Troubles d'ordre neurotique	0	0	0	1	20	22	8	11	1	1	29	35	64	7.6
Troubles de la personnalité	0	0	8	1	44	34	4	4	2	1	58	40	98	11.6
Alcoolisme	0	0	4	0	29	4	6	7	2	0	41	11	52	6.2
Abus des drogues et dépendances	0	0	2	1	31	11	1	3	1	0	35	15	50	5.9
Réaction aiguë au stress	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	3	1	4	0.5
Réaction d'ajustement	0	0	2	4	15	11	8	2	0	1	25	18	43	5.1
Déséquilibre émotionnel de l'enfance et l'adolescence	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0.2
Autres troubles non-psychotiques	0	0	2	2	9	2	5	4	5	1	21	9	30	3.6
Syndrome hyperkinétique de l'enfance	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0.1
Retard spécifique du développement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Retard mental	0	0	1	0	8	8	5	7	1	0	15	15	30	3.6
Observation	0	0	0	0	3	1	0	2	1	0	4	3	7	0.8
Total	0	0	42	15	343	178	92	109	37	28	514	330	844	100.0

Source: Centre de traitement des données, ministère de la Santé de l'Ontario

TABLEAU 8

d'hébergement qu'on prépare pour le patient en tenant compte de ces scénarios:

- congé et envoi dans la communauté directement;
- congé et envoi dans une maison de soutien;
- congé et envoi dans une maison de soins infirmiers ou un foyer de personnes agées;
- hospitalisation continue requise.

Des 202 patients, (à l'exclusion des patients gériatriques) dans l'hôpital, 105 patients ou 52.0% du total avaient besoin d'hospitalisation, selon le personnel.

Cinquante-cinq (55) patients, soit 27.7% étaient des candidats pour des maisons avec surveillance, 33 ou 16.3% recevaient leur congé et 4.5% pouvaient être dirigés vers des maisons de soins infirmiers.

Des 72 patients psychogériatriques dans trois unités, 70% avaient besoin de soins continus en établissement ou à l'hôpital.

Les détails à la base de ce portrait d'un jour apparaissent au tableau 9.

Au jour de l'instantané les taux d'occupation suivants furent enregistrés:

	Occupation
Admission à l'aigu	63%
Réadaptation spéciale	98%
Programme d'adaptation	71%
Médecine légale	100%
Psychogériatrie	92%

L'Hôpital Algoma de Sudbury (H.A.S.)

L'Hôpital Algoma de Sudbury est un établissement de psychiatrie de 97 lits à Sudbury. De ces lits, 65 sont des lits pour adultes, au service de la région de Manitoulin et Sudbury et sont subventionnés par le ministère de la Santé. De même, l'hôpital reçoit du financement pour 19 lits de désintoxication et un bon nombre de programmes communautaires de santé mentale. En 1984-1985 l'H.A.S. rapportait 1015 congés et 18,895 patients pour ses services.

HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE NORTH BAY
PATIENTS ENREGISTRÉS: PLAN FUTUR D'HÉBERGEMENT ET DE PLACEMENT
FÉVRIER 1986

UNITÉ	TOTAL DES PATIENTS	CONGÉS DIRECTS	MAISONS DE SOINS INFIRMIERS MPA	PLACEMENT DANS MAISON AVEC SURVEILLANCE	HOSPITALISATION CONTINUE
1A SERVICES SPÉCIAUX	24	4	3	13	4
1C ADMISSION	15	10	1	3	1
1D ADMISSION À L'AIGU	18	10	1	4	3
2A SERVICES SPÉCIAUX DE RÉADAPTATION	26	–	2	17	7
2B SERVICES SPÉCIAUX DE RÉADAPTATION	26	–	–	3	23
2C SERVICES SPÉCIAUX	26		1	3	22
2D SERVICES SPÉCIAUX	26	–	–	–	26
4B SERVICES SPÉCIAUX	17	8	1	8	–
4D MÉDECINE LÉGALE	24	1	–	4	19
SOUS TOTAL (PSYCHIATRIE GÉNÉRALE)	202	33	9	55	105
% DU TOTAL (202)		16.3	4.5	27.2	52.0
UNITÉ					
3A PSYCHOGÉRIATRIE	25	–	11	1	13
3B PSYCHOGÉRIATRIE	25	–	–	–	25
3D PSYCHOGÉRIATRIE	22	1	8	1	12
SOUS-TOTAL (PSYCHOGÉRIATRIE)	72	1	19	2	50
% DU TOTAL (72)		1.4	26.4	2.8	69.4
TOTAL DE L'HÔPITAL	274	34	28	57	155
%		12.4	10.2	20.8	56.6

SOURCE: Archives de l'Hôpital psychiatrique de North Bay

TABLEAU 9

*** Services aux adultes**

Le service aux patients adultes en établissement a accumulé 8354 jours-patient en 1984-1985. Le taux d'occupation, cette année, a été de 79% et le séjour moyen de 18 jours. Il n'y a pas de liste d'attente pour les services aux patients adultes en établissement.

Tel qu'illustré au tableau 10 l'H.A.S. traite un large éventail de groupes de diagnostics - les troubles chroniques comme la schizophrénie, les psychoses affectives, les troubles de la personnalité qui représentent 40% des congés. À la suite de ces groupes on retrouve un nombre imposant (178) de congés pour les traitements de dépendance qui représentent 19% du total.

*** Services régionaux pour les enfants**

Le service de 32 lits pour les enfants de l'H.A.S. a une vocation régionale, englobant toute la région du Nord-Est et au-delà. Ce service régional est subventionné par le ministère des Services sociaux et communautaires. Comme on peut le voir au tableau 10 l'H.A.S. a eu 100 congés d'enfants et adolescents en 1984-1985. Ceci représente un faible pourcentage seulement, moins de 10% du total des congés, soit 1015. Le service des patients hospitalisés pour enfants a accumulé 10,541 jours-patient en 1984-1985. Le service a un taux d'occupation qui se situe entre 90% et 95% et les enfants peuvent attendre un mois avant qu'un lit ne soit disponible.

Une période d'un mois peut être considérée comme longue pour un enfant qui a besoin d'une intervention aiguë. Le résultat est que plusieurs centres de santé mentale ont cessé de diriger leurs patients, de façon générale, aux services de l'Hôpital Algoma de Sudbury, se reportant plutôt vers des méthodes alternatives de traitement dans leur propre région. Parmi ces méthodes sont inclus l'emploi des lits généraux de pédiatrie pour une admission d'un cas aigu impliquant ainsi, de façon importante, les professionnels des centres de santé mentale pour enfants dans le traitement de l'enfant. Dans certains cas, l'enfant peut demeurer à la maison, mais avoir des contacts quotidiens avec les centres de santé mentale pour enfants dans le but de prévenir une admission à l'aigu.

Les professionnels pour enfants suggèrent qu'une amélioration significative au système de santé mentale pour les enfants pourrait être obtenue si les lits devenaient disponibles dans chacune des régions de service.

Chez les enfants, les troubles émotifs ou "autres troubles non-psychotiques" représentent 56% des congés. Cette catégorie précède la schizophrénie et les troubles de la personnalité responsables chacun pour 20% des congés.

L'HÔPITAL ALGOMA DE SUDBURY
CONGÉS PAR DIAGNOSTIC, ÂGE ET SEXE
1984/1985

CATÉGORIES	RÔLE RÉGIONAL							LITS DE SOINS AIGUS POUR MANITOULIN/SUDBURY									TOTAL HAS		
	AGES 0-14		AGES 15-19		TOTAL			AGES 20-24		AGES 45-64		AGES 65+		TOTAL					
	H	F	H	F	H	F	TOTAL	H	F	H	F	H	F	H	F	TOTAL	H	F	TOTAL
Démence sénile et pré-sénile	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	7	5	10	9	19	10	9	19
Psychose due à l'alcoolisme	0	0	1	0	1	0	1	1	0	5	2	2	0	8	2	10	9	2	11
Psychose due aux drogues	0	0	3	0	3	0	3	5	0	0	1	0	0	5	1	6	8	1	9
Autres psychoses organiques	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	5	1	9	5	14	9	5	14
Schizophrénie	0	0	7	3	7	3	10	120	42	15	26	0	1	135	69	204	142	72	214
Psychoses affectives	0	0	0	0	0	0	0	21	27	17	36	2	6	40	69	109	40	69	109
États de paranoïa	0	0	0	0	0	0	0	6	3	3	2	0	2	9	7	16	9	7	16
Autres psychoses non-organiques	0	0	2	0	2	0	2	12	7	1	2	0	0	13	9	22	15	9	24
Troubles d'ordre neurotique	0	0	3	2	3	2	5	24	66	17	25	0	15	41	106	147	44	108	152
Troubles de la personnalité	0	0	9	1	9	1	10	49	41	2	4	1	0	52	45	97	61	46	107
Alcoolisme	0	0	1	1	1	1	2	76	24	39	20	4	1	119	45	164	120	46	166
Abus des drogues et dépendances	0	0	5	0	5	0	5	8	2	1	3	0	0	9	5	14	14	5	19
Réaction aiguë au stress	0	0	2	1	2	1	3	20	25	2	6	2	1	24	33	56	26	33	59
Réaction d'ajustement	0	0	2	1	2	1	3	4	11	2	5	0	2	6	18	24	8	19	27
Déséquilibre émotionnel de l'enfance et l'adolescence	0	1	2	5	2	6	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	8
Autres troubles non-psychotiques	1	6	18	23	19	29	48	4	0	2	1	1	0	7	1	8	26	30	56
Syndrome hyperkinétique de l'enfance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retard spécifique du développement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Retard mental	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	3	1	4	3	1	4
Observation	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Total	1	7	55	37	56	44	100	355	252	111	139	24	34	490	425	915	546	469	1015

Source: Centre de traitement des données, ministère de la Santé de l'Ontario

TABLEAU 10

Le séjour moyen à l'H.A.S. est de 99 ou 100 jours

*** Demandes de consultations aux services régionaux pour les enfants**

Le tableau 11 représente un profil de patients résidents basé sur les congés "d'enfants" de l'Hôpital Algoma de Sudbury et de diverses régions. Des 103 congés en 1984-1985, 47% ou 48 congés du total des congés provenaient de la région de Sudbury et de Manitoulin-Sudbury. Des autres 55 congés, 43 provenaient des autres régions du Nord-Est et 12 de régions indéterminées en dehors de la région. Ceci laisse présumer qu'un certain niveau de services régionaux existe et qu'il n'y a pas seulement Manitoulin-Sudbury qui reçoit des services.

Les discussions préalables nous laissent croire que d'autres alternatives sont employées par les dispensateurs de services de la région, ce qui diminue la dépendance sur les services de l'H.A.S. tout en gardant l'enfant près de son foyer.

Cet apport qualitatif des centres de santé mentale pour enfants sur l'utilisation qu'ils font de l'H.A.S. est important pour les recommandations qui sont faites plus tard pour augmenter le nombre de lits de traitements pour les enfants dans le Nord-Est.

Hôpital Plummer Memorial - Sault Ste-Marie

L'Hôpital Plummer Memorial a un service de soins psychiatriques aigus pour adultes de 36 lits dans ses services d'hôpital général. Comme on peut le voir au tableau 6, l'hôpital est en troisième place pour les congés et les jours-patient avec 781 congés et 12,454 jours-patient. Les taux d'occupation sont élevés, de façon constante, aux environs de 95%. Les groupes de diagnostics majeurs traités (un pourcentage du nombre total de congés) en 1984-1985 s'établissaient comme suit:

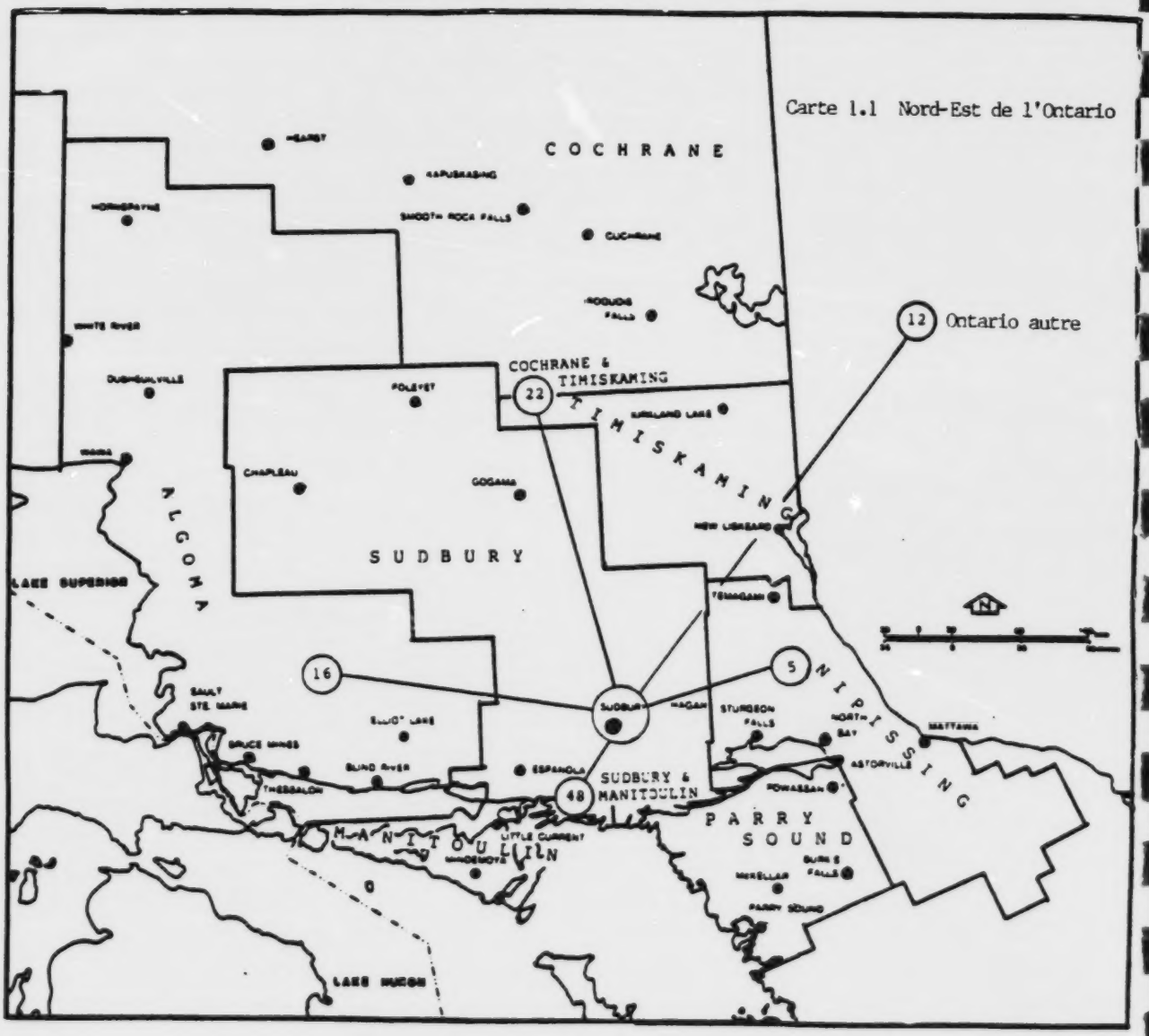
troubles neurotiques	- 21.9%
psychoses affectives	- 18.4%
schizophrénie	- 16.0%
alcoolisme	- 9.7%

Le séjour moyen était légèrement inférieur à 16 jours.

L'Hôpital général de Sudbury

L'Hôpital général de Sudbury a un service de psychiatrie de 36 lits. Comme on peut le voir au tableau 6, il occupe la quatrième place pour les congés et les jours-patient avec 701 congés et 11,409 jours annuellement. Le taux d'occupation se maintient généralement à 87%. La région desservie est

CONGÉS PSYCHIATRIQUES DES ENFANTS DU HAS
PAR LIEU DE RÉSIDENCE DU PATIENT (1984-1985)



Source: Selon les rapports du HAS

Manitoulin-Sudbury. Tout comme l'Hôpital Plummer Memorial, les groupes de diagnostics majeurs à l'Hôpital général de Sudbury (en pourcentage du nombre total de congés) en 1984-1985, étaient:

troubles neurotiques	- 21.7%
psychoses affectives	- 20.7%
schizophrénie	- 12.0%

Le séjour moyen était 16 jours.

L'Hôpital général St.Mary's - Timmins

L'hôpital général St.Mary's de Timmins a un service de soins psychiatriques aigus pour adultes dans la panoplie de services médicaux qu'il offre. Comme on peut le voir au tableau 6, il occupe la cinquième place en ce qui a trait aux congés, 596, et aux jours-patient, 9981. Les taux d'occupation excèdent de beaucoup la capacité, en moyenne, utilisant de 25 à 30 lits pour des patients qui ont un diagnostic psychiatrique.

Les groupes majeurs de diagnostics traités à l'hôpital (en pourcentage total des congés) en 1984-1985 ressemblent à ceux qu'on retrouve, aux hôpitaux Plummer Memorial et général de Sudbury:

troubles neurotiques	-32.9%
alcoolisme	-13.8%
psychoses affectives	-13.6%
schizophrénie	-12.1%

Les cas d'alcoolisme sont plus nombreux ici que dans les autres hôpitaux.

Le séjour moyen était de 16 à 17 jours.

Les autres hôpitaux communautaires

Le nombre total d'hôpitaux qui ont fait rapport des congés psychiatriques était 34. Comme on peut le voir au tableau 6, les autres hôpitaux communautaires apportent une contribution valable aux soins aigus en psychiatrie. Par exemple, en se basant sur les jours-patient pour un certain jour, les hôpitaux qui suivent mettent à la disposition des individus qui ont un diagnostic psychiatrique un certain nombre de leurs lits médicaux et chirurgicaux.

	Nombre de lits utilisés en moyenne*
Kapuskasing-Sensenbrenner (Cochrane Nord)	6-7
New Liskeard (Timiskaming)	6
Kirkland Lake (Timiskaming)	5-6
North Bay Civic	5-6
Elliot Lake - St. Joseph's (Algoma Est)	3-4

On tient compte de ces données dans la distribution proposée des lits pour soins psychiatriques aigus et dans l'établissement de petits services dans les régions de Cochrane Nord, Timiskaming et Algoma. Le lecteur constatera que l'Hôpital de Parry Sound apparaît sur la liste parce qu'au début cette région devait être incluse.

* * * * * * *

Région de service autosuffisante et tendances de traitements

Plus loin, une section sur chacune des régions de service apporte plus de renseignements sur cette revue de l'utilisation. Pour les besoins de cette étude et de la planification de plus de services décentralisés dans le Nord-Est, il est important de reconnaître l'étendue de l'autosuffisance qui existe déjà dans les régions de services. Le Comité de direction a observé avec encouragement le fait qu'on retrouve une évidence de forte activité dans plusieurs hôpitaux, bien au-delà de ce qu'on retrouve dans les services psychiatriques désignés. Le tableau 12 indique où les résidents des diverses régions (qui ont reçu leur congé en 1984-1985) avaient été traités.

En tout, 87% des résidents du Nord-Est ont reçu des traitements en établissement dans la région de leur résidence. Il faut prendre note que ce facteur doit être employé avec prudence à cause de la migration historique des patients chroniques vers la région de North Bay, des patients qui ont été dirigés originellement par Algoma, Cochrane, etc, et qui établissent leur demeure dans Nipissing.

Les données de séjour moyen par catégories de diagnostics, de façon générale, donnent une idée de l'approche au traitement et du niveau d'activité en soins de santé mentale. Le tableau 13 montre l'analyse des deux hôpitaux psychiatriques en comparaison avec les séjours moyens des hôpitaux généraux des quatre régions de service.

---

* Nombre de lits utilisés en moyenne: [jours-patient annuels] 365 jours

SOMMAIRE RÉGIONALE DE LA PROVENANCE DES RÉSIDENTS POUR ES SOINS DE SANTÉ MENTALE
(Basé sur le nombre de congés en psychiatrie 1984/1985)

	Nombre de congés	%
Résidents d'Algoma:		
À Algoma		
Hôpital Algoma de Sudbury	1,195	85.1
Hôpital psychiatrique de North Bay	69	4.9
Homewood Sanitarium	49	3.5
Autre - à l'intérieur du N.E. de l'Ontario	37	2.6
Autre - à l'extérieur du N.E. de l'Ontario	44	3.1
	10	0.8
	1,404	100.0
Résidents de Cochrane		
À Cochrane		
Hôpital psychiatrique de North Bay	1,367	86.1
Homewood Sanitarium	149	9.4
Hôpital Algoma de Sudbury	37	2.3
Autre - à l'extérieur du N.E. de l'Ontario	18	1.1
Autre - à l'intérieur du N.E. de l'Ontario	9	0.6
	8	0.5
	1,588	100.0
Résidents de Timiskaming:		
À Timiskaming		
Hôpital psychiatrique de North Bay	464	77.6
Hôpital Algoma de Sudbury	90	15.1
Autre - à l'intérieur du N.E. de l'Ontario	7	1.2
Autre - à l'extérieur du N.E. de l'Ontario	25	4.1
	12	2.0
	598	100.0
Résidents de Nipissing:		
À Nipissing*		
Hôpital Algoma de Sudbury	741	91.5
Autre - à l'intérieur du N.E. de l'Ontario	26	3.2
Autre - à l'extérieur du N.E. de l'Ontario	27	3.3
	16	2.0
	810	100.0
Résidents de Manitoulin		
À Manitoulin		
Hôpital Algoma de Sudbury	66	47.8
Homewood Sanitarium	52	37.7
Hôpital psychiatrique de North Bay	6	4.3
Autre - à l'intérieur du N.E. de l'Ontario	3	2.2
	11	8.0
	138	100.0
Résidents de Sudbury:		
À Sudbury		
Hôpital psychiatrique de North Bay	1,669	92.6
Homewood Sanitarium	64	3.5
Autre - à l'intérieur du N.E. de l'Ontario	11	0.6
Autre - à l'extérieur du N.E. de l'Ontario	50	2.8
	10	0.5
	1,804	100.0
Résidents de Parry Sound:		
À Parry Sound		
Hôpital psychiatrique de North Bay	133	56.8
Hôpital Algoma de Sudbury	62	26.5
Autre - à l'intérieur du N.E. de l'Ontario	7	3.0
Autre - à l'extérieur du N.E. de l'Ontario	22	9.4
	10	4.3
	234	100.0

* Inclut l'Hôpital psychiatrique de North Bay

Source: Centre des traitement de donées du ministère de la Santé

COMPARAISON DU SÉJOUR MOYEN POUR DES CATÉGORIES SÉLECTIONNÉES DE DIAGNOSTICS ENTRE LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES ET COMMUNAUTAIRES[1]

	Hôpital psychiatrique de North Bay	Hôpital Algoma de Sudbury	Nipissing Timiskaming	Manitoulin Sudbury	Cochrane	Algoma
Démence sénile et pré-sénile	378.5	39.9	28.7	24.9	29.0	37.3
Schizophrénie	106.3	20.6	7.5	15.1	15.8	18.2
Psychose affective	55.4	27.0	11.0	23.6	20.6	20.6
Troubles d'ordre neurotique	22.2	20.2	8.4	13.2	12.0	11.4
Troubles de la personnalité	42.7	12.5	7.2	9.3	8.4	9.2
Alcoolisme	48.0	19.6	7.7	9.5	6.6	7.3
Abus des drogues et dépendances	28.8	15.5	6.5	4.2	5.3	3.2
Réaction aiguë au stress	6.5	8.3	5.0	5.0	5.0	4.8
Réaction d'ajustement	21.3	11.1	4.3	7.1	5.0	7.3
Autres troubles non-psychotiques	282.5	9.5	11.1	12.0	11.6	11.8
Retard mental	230.3	10.4	12.8	11.3	13.3	8.8
Moyenne	92.8	18.6	9.9	14.0	11.7	12.8

[1] Pour les détails concernant les hôpitaux communautaires dans chaque région de service, consultez la section VIII

Source: Centre de traitement des données , ministère de la Santé de l'Ontario

TABLEAU 13

Le séjour moyen de 92.8 pour l'H.P.N.B. réflète une combinaison de patients avec une composante de soins de longue durée. Le séjour moyen (SM) de l'Hôpital Algoma de Sudbury, cependant, devrait être similaire à celui pour les régions de services. Ces données soulèvent des questions au sujet de l'approche de traitement et des programmes. Un exemple est celui du diagnostic d'alcoolisme où la moyenne de séjour se situe entre 6.6 et 9.5 jours comparativement à 19.6 et 48 jours aux hôpitaux Algoma de Sudbury et l'H.P.N.B. respectivement. Ces données devraient être utulisées au fur et à mesure qu'on procèdera à la mise en place du modèle et à l'établissement des normes et des systèmes d'évaluation des programmes.

Utilisation des autres services dans la communauté

Le lecteur devrait être en mesure de voir que cette revue d'utilisation pointe principalement vers le soin hospitalier parce qu'il y a peu d'information disponible sur l'étendue des programmes dans la communauté. En ce sens, quelques programmes n'ont pas de statistiques disponibles. Plusieurs ne sont subventionnés que depuis 2 ou 3 ans tandis que d'autres conservent des statistiques internes qui sont difficilement comparables avec les autres organismes.

Le domaine des systèmes de gestion de l'information est devenu prioritaire pour le ministère de la Santé et tout spécialement en ce qui a trait à la nécessité d'avoir des rapports normalisés pour les nouveaux programmes. À la lumière de cette exigence, il devient maintenant impérieux d'avoir plus d'information pour le soutien des décisions qui devront être prises par les soignants dans chacune des régions de service et par les conseils de santé régionaux qui doivent établir les priorités de financement pour leur région. Cette question sera traitée dans une autre section. Dans la description des résultats de notre questionnaire, nous retrouvons quelques données d'utilisation issues de l'analyse des taux de consultation et des listes d'attente pour les services.

DONNÉES SÉLECTIONNÉES DES ENTREVUES ET DES QUESTIONNAIRES DE L'ÉTUDE

Cette étude avait pour but de recueillir une grande quantité d'opinions et de perceptions pour l'usage du Comité de direction. Tel que discuté dans le programme de travail, des entrevues complètes et des consultations auprès du public en plus des renseignements additionnels reçus des questionnaires distribués aux omnipraticiens, à plusieurs intervenants et certains groupes interessés ont été les moyens employés.

Le taux de réponse au questionnaire a été bon, car 30% des omnipraticiens et 38% des soignants et des agences l'ont retourné. Ce dernier groupe comprend quelques groupes moins directement impliqués dans les activités de santé mentale comme les communautés paroissiales, les foyers de personnes âgées et les organismes sociaux ou de récréation. La plupart de ceux qui ont une responsabilité directe pour les soins ont répondu au questionnaire.

Nous vous présentons les réponses aux questions qui sont pertinentes au développement de la région du Nord-Est. Les réponses aux questions plus spécifiques, aux quatres régions géographiques de services sont étudiées dans la section VII qui décrit le modèle recommandé dans chaque région.

Forces et faiblesses

Les résultats des questionnaires, les consultations auprès du public et les entrevues avec les personnes clés pour les soins dans chacun des districts ont permis de dégager un certain consensus dans la région au sujet des forces et faiblesses générales des services de santé mentale.

Deux forces généralement citées sont le dévouement des professionnels et des soignants en santé mentale et l'étendue des services de base en santé mentale qu'on retrouve dans les plus grands centres.

Les principales faiblesses rapportées sont:

- la carence de services pour les enfants et la période d'attente pour les services;
- le manque de services en français;
- le manque de coordination, de communication et de planification générale de la part des soignants et des communautés;
- la présence de compétition entre ceux qui assurent les services en santé mentale;
- le manque de psychiatres et d'autres professionnels de la santé mentale;
- la carence de programmes de soutien, de services généraux, de logement et de gestion de cas pour les malades mentaux chroniques;
- le manque de services et de programmes de prévention et de réadaptation;
- le manque de services d'intervention en situation de crise et de critères de perfectionnement pour le personnel des hôpitaux communautaires;
- le manque de prise de conscience et d'éducation du public;
- la carence de services dans les régions éloignées;
- la distance, l'isolation et la géographie des régions;
- le besoin d'une approche aux traitements améliorée et créative;et

- le désappointement engendré par les services tertiaires qui sont perçus comme inefficaces à remplir un rôle de soins tertiaires sur une base régionale.

Les besoins de la langue et les possibilités des soignants

Les omnipraticiens ont indiqué qu'approximativement un tiers de leurs patients ont l'anglais comme langue maternelle et un tiers le français. L'autre tiers est divisé entre la langue des autochtones et les autres langues. Tous les omnipraticiens donnent des services en anglais mais seulement 41% en donnent en français. Les services aux autochtones dans leur langue sont donnés par 5% des omnipraticiens et 26% des omnipraticiens parlent les autres langues.

Pour les autres qui assurent les soins en santé mentale et qui ont rempli le questionnaire, 98% procurent des services en anglais, 28% procurent des services en français et 2% procurent des services dans la langue des autochtones.

Les données démographiques de Statistiques Canada indiquent que la proportion des langues maternelles dans le Nord-Est de l'Ontario est l'anglais dans 63% des cas, le français dans 27%, et dans les autres 9%. Bien que la proportion de 28% d'omnipraticiens qui donnent des services peut sembler raisonnable en comparaison des 27% de la population qui ont le français comme langue maternelle, ce n'est pas un argument valable pour la distribution adéquate et la disponibilité de ce service.

Les données indiquent clairement un déficit dans la capacité de certains soignants de première ligne (les omnipraticiens) de donner un service dans sa langue à la population autochtone.

Types de demande de consultations

Les omnipraticiens dirigent leurs patients aux hôpitaux et aux psychiatres, comme en font foi les questionnaires. Ces demandes sont faites pour des consultations, des évaluations et des diagnostics, ainsi que pour des dépressions ou pour du counseling. Les agences de santé mentale ne sont pas utilisées aussi fréquemment; elles arrivent en troisième place après les hôpitaux et les psychiatres. Les omnipraticiens de Manitoulin-Sudbury dirigent encore moins leurs patients vers les agences, en septième place sur une possibilité de neuf. Ceci démontre une possibilité de manque de connaissances sur les services disponibles dans les agences de santé mentale et une emphase vers les services traditionnels dans les hôpitaux ou chez les psychiatres.

Il y a un plus fort degré de demande de consultations entre les agences dans la plupart des régions, cependant la clientèle est dirigée principalement vers les hôpitaux même par les agences de santé mentale et autres dispensateurs de soins. Les demandes de consultations sont des demandes pour des traitements, counseling et orientation et, évaluation générale. Encore une fois ceci démontre bien une dépendance sur les services donnés par les hôpitaux et un manque possible de vigilance ou une carence des autres services.

Les listes d'attente

En ce qui a trait aux listes d'attente pour les services en santé mentale, 61 des 296 agences les ont rapportées dans la réponse au questionnaire. De ce nombre de 61 agences, 44 ont indiqué des attentes de moins de un mois et 17 des attentes de plus d'un mois. Le fait qu'un petit nombre d'agences ont fait rapport de l'état de leur liste d'attente indique que, de façon générale, on attend peu ou pas pour les services. Il n'y a pas d'attente pour les services d'intervention en situation de crise et une attente raisonnable pour les services reliés à la désintoxication.

Certains services cependant ont des listes d'attente imposantes à certains moments surtout ceux qui s'adressent aux services de santé mentale pour enfants ainsi qu'aux maisons de soins infirmiers.

Contact avec les organismes et groupes de planification

Il y a six groupes et organisations potentiels qu'on peut utiliser comme groupes ressources dans la planification de la santé mentale. Ce sont:

- L'Association canadienne pour la santé mentale (A.C.S.M.).
- Les conseils régionaux de la santé (C.R.S.).
- Les conseils de planification sociale.
- Le conseil des services en santé mentale communautaire.
- Les comités des gouvernements municipaux.
- Les comités aviseurs pour les services aux enfants.

Les agences, comme l'indiquent les réponses au questionnaire, sont plutôt autonomes en ce qui a trait à la communication avec ces autres groupes. En tout, 76% n'ont aucun contact avec eux pendant que du 24% qui reste, 16% ont des contacts occasionnels et 8% des contact réguliers. Les agences de Nipissing et Timiskaming sont celles qui ont le moins de contacts (20%) pendant que celle de Cochrane en ont le plus, soit 28%.

Les conseils régionaux de la santé si on les compare aux autres groupes sont ceux avec qui les régions entrent en contact le plus souvent, sauf pour les régions de Nipissing et Timiskaming où il n'y a pas de Conseil régional de la santé. Par contre, dans cette région, c'est le Comité aviseur pour les services aux enfants avec qui on communique le plus souvent.

Les réponses à cette question laissent supposer qu'il existe une réelle opportunité pour les dispensateurs de soins de s'impliquer dans la planification des services de santé mentale dans le Nord-Est.

CONCLUSION DU SURVOL

Il n'y a pas de carence de données à revoir pendant cette étude et, dans les efforts de planification d'un système de services en santé mentale dans le Nord, il était bien important pour le Comité de direction de tirer les conclusions majeures des données accumulées; en voici le sommaire.

Caractéristiques démographiques

Les conclusions de l'étude démographique sont que:

- La population dans le Nord restera presque la même, selon toutes probabilités, pour les prochains 15 ans, avec une augmentation de 6% de 1981 à 2001.

- En comparaison, le groupe des gens âgés de plus de 65 ans est sensé accuser une forte augmentation pendant que le nombre d'enfants diminuera.

- Le territoire du Nord-Est représente 30% de l'Ontario, mais sa population ne représente que 7% de la population totale. Le résultat évident est la basse densité de la population et un défi de procurer des services accessibles.

- Les caractéristiques qui s'appliquent à la langue et à la culture varient de façon significative à travers le Nord-Est, ce qui exige une flexibilité et une souplesse si on pense à un modèle de services efficace.

- Le Nord-Est de l'Ontario, de façon générale, présente un niveau d'emploi et d'éducation plus bas que la moyenne, deux facteurs qui contribuent à faire de cette population, qui est grande, une population à risque en ce qui concerne les problèmes de santé mentale.

Les dépenses de santé mentale

- Le Nord-Est de l'Ontario a une population qui représente 6.4% de la population totale de l'Ontario et reçoit 6.1% du financement total de la province pour la santé mentale.

- Dans cette région, une plus grande proportion des dépenses en santé mentale va aux institutions (65.9%) comparé à se qui se passe pour toute la province.

- Un des défis pour le développement d'un modèle pour l'année 2001 reposera sur le transfert des dollars des services en établissement aux services à la communauté et le rehaussement du rôle de ceux qui assurent les soins primaires, tout spécialement les omnipraticiens.

Revue de l'utilisation

- La région du Nord-Est a 465 lits adultes en psychiatrie et 32 lits pour enfants et adolescents; 66% de tous ces lits sont à l'Hôpital psychiatrique de North Bay. Cependant, les autres hôpitaux généraux de la région du Nord-Est traitent aussi les patients avec un diagnostic de maladie mentale. Dans l'utilisation 1984-1985, on peut noter les tendances suivantes en regard des endroits où les patients reçoivent des traitements:

Région	% de cas traités dans la région
Algoma	85
Cochrane	86
Timiskaming	78
Nipissing	91
Manitoulin	48
Sudbury	92

- Il est bien apparent que la plupart des régions emploient les ressources qui sont disponibles pour leurs besoins d'admission en santé mentale.

- Du montant total de congés, 60% reçoivent des soins des cinq unités psychiatriques désignées, ce qui représente 85% des jours-patient totaux en santé mentale.

- De façon générale, les hôpitaux communautaires locaux traitent un plus grand pourcentage des catégories de cas qui ont des troubles neurotiques et non-psychotiques tandis que les unités de psychiatrie désignées ont plus de cas de schizophrénie et de psychoses.

- Dans la planification des services de santé mentale pour le Nord-Est, il faut tenir compte que la schizophrénie et les psychoses affectives sont les deux groupes diagnostics qui s'appliquent à la majorité des cas de maladie mentale aiguë et chronique. Les autres groupes diagnostics de santé mentale sont difficilement quantifiables; il est donc nécessaire de les analyser avec circonspection et à la lumière de l'expérience avant d'en soulever les exigences.

- Une étude du placement des cas pour le personnel de l'H.P.N.B., en février 1986, souligne que 56.6% des patients actuels requièrent une hospitalisation continue; les autres reçoivent leur congé dans des endroits qui offrent des alternatives de soins différentes.

Consultation auprès du public - entrevues + questionnaires.

Bien qu'on ait présenté au début de cette section les forces et les faiblesses des services en santé mentale, on peut les répéter ici pour souligner l'importance de ces constatations. De façon générale, les forces et les faiblesses étaient similaires dans chacune des régions de service.

Les forces étaient:

- le dévouement des professionnels actuels de la santé mentale qui oeuvrent spécialement dans les petites communautés; et
- l'étendue des services de base qui existent présentement dans les grands centres.

Les faiblesses et carences identifiées outrepassent les forces. Les entrevues et les questionnaires ont mis en lumière, de façon continuelle, les faiblesses suivantes dans les services de santé mentale offerts présentement:

- la carence de services pour les enfants et la période d'attente pour ceux qui existent;
- le manque de services en français;
- le manque de coordination, de planification des services et le manque de communication;
- la présence de compétition entre ceux qui assurent les soins;
- le manque de professionnels et le manque de formation du personnel des hôpitaux communautaires;
- le manque de programmes et de services de soutien pour les ex-patients psychiatriques;
- la carence de services préventifs;
- le manque de services en régions éloignées;
- le manque de sensibilisation et d'éducation du public;
- la distance, l'isolation et la géographie des régions;
- le désappointement en regard des services régionaux existants.

V. TENDANCES DES SOINS EN SANTÉ MENTALE

Le Comité de direction a consacré un certain temps à l'étude des tendances récentes des soins en santé mentale en Amérique du Nord et dans les autres parties du monde. Ceci s'avérait essentiel pour que le Comité puisse s'assurer que le modèle pour le Nord-Est repose sur des idées et des approches modernes.

- la carence manifeste d'une définition claire de la maladie mentale et la portée latente du problème;
- la nécessité d'établir les priorités pour les besoins de façon à utiliser les ressources peu abondantes efficacement - de concentrer sur les individus qui ont des besoins psychiatriques chroniques;
- l'importance de ceux qui assurent les soins primaires; (première ligne) et la bonne gestion des cas;
- le besoin d'un système de soins balancé;
- le besoin d'administration et de mécanismes de contrôle; et
- la philosophie d'une désinstitutionnalisation humaine et de soutien dans la communauté.

Parce que le Comité de direction était intéressé à bâtir à partir des études passées et des philosophies endossées par le ministère de la Santé, le lecteur prendra note de la référence fréquente au rapport 1983 du Dr. G.F. Heseltine qui est reconnu comme un chef de file pour les tendances en santé mentale en Ontario.

LE MANQUE DE DÉFINITION

Le rapport 1983 "Schéma directeur- les dix prochaines années" dont l'auteur est le Dr. G.F. Heseltine établit ce qui suit:

> "il n'y a pas de définition acceptée universellement de la maladie mentale. C'est un terme générique employé pour caractériser une panoplie d'attitudes et de comportements mentaux".

À cet effet, les études de la population générale et leurs exigences pour les services en santé mentale ont donné un aperçu de l'étendue probable des problèmes en santé mentale. Le rapport du Dr. Heseltine a indiqué que:

- un individu sur sept demandera de l'aide pour un problème en santé mentale durant sa vie;
- en tout temps, 15 à 25% de la population requiert des soins en santé mentale.

Les besoins manifestes de la population générale dans les scénarios qui précèdent peuvent être sans limite, nécessitant dès lors une stratégie d'identification de ceux qui ont les plus grands besoins pour un système de santé mentale.

ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS POUR LES BESOINS

Un modèle populaire, développé en 1979 en Colombie-Britannique, dont l'auteur est Cummings, a tenté d'établir les priorités des besoins en santé mentale de la population totale. Le résultat est une catégorisation d'individus à la recherche de services en santé mentale par type et par gravité de maladie mentale. Les catégories, d'après ce modèle, avaient reçu une place décroissante par gravité de la maladie comme suit:

1. les handicapés (v.g. les psychotiques chroniques)

2. les malades (v.g. les psychotiques aigus)

3. les angoissés (v.g. les neurotiques)

4. les insatisfaits (v.g. ennuyés et insatisfaits mais ni handicapés ou malades mais à la recherche éventuelle de services en santé mentale.)

Pour les besoins de cette étude, l'attention principale se porte d'abord vers les handicapés et les malades tout en reconnaissant que ce sont ces groupes qui utilisent la plus grande partie des ressources disponibles en santé mentale. On a indiqué que même si ces usagers sont en petit nombre (quelques milliers dans le Nord-Est) ils consomment 80% des dollars dépensés pour la santé mentale, à cause de leur besoins continus et prévisibles pour les soins de soutien (v.g. il n'y a pas de guérison encore pour ces genres de troubles:)

Les usagers majeurs

On a identifié deux groupes diagnostics dans cette recherche à qui on attribue la majorité des usagers pour les soins aigus et chroniques en santé mentale dans la population. En développant un modèle de service, les besoins de ces deux groupes doivent être prioritaires. Pour les besoins du développement du modèle du Nord-Est de l'Ontario on a employé une simulation par ordinateur pour arriver à l'âge spécifique des taux d'incidence projetés et à l'estimation du nombre d'individus dans ces catégories. La norme résultante employée dans cette étude est 5 cas psychiatriques chroniques pour 1000 de population générale. Ce nombre a par la suite été légèrement ajusté à 6.25 cas par 1000 de population pour réfléter les autres types de cas (troubles graves de la personnalité, névroses et autres maladies mentales qui n'ont pas été étudiées aussi en profondeur que les deux groupes majeurs d'usagers). Ces groupes sont difficiles à déterminer pour la quantité, mais on considère qu'ils bénificient d'une bonne gestion de cas et qu'ils emploient naturellement les services en santé mentale.

L'application de cette norme dans le Nord-Est de l'Ontario révèle le nombre de cas ainsi que la distribution suivantes (v.g. malades mentaux chroniques) par région de service .

Région de service	Cas psychiatriques chroniques
Manitoulin-Sudbury	1 255
Algoma	975
Nipissing/Timiskaming	757
Cochrane	666
Total	3 653

UN SYSTÈME DE SOINS ÉQUILIBRÉ

En 1983, le Dr. Heseltine à étudié la controverse sur l'approche médicale ou non-médicale au traitement et le besoin d'équilibrer le système de soins en offrant un continuum de services. Sa position reflète le besoin pour un système de soins et déclare que:

> "regarder les services en santé mentale sur la base d'un modèle médical ou non-médical ne rend pas service à ceux qui ont besoin de ces services. Je préfère penser en fonction d'un continuum de services pour ceux qui ont besoin de services en santé mentale. Quelques-uns de cés besoins sont de nature "médicale", d'autres ne le sont absolument pas. Par conséquent, la question médicale ou non-médicale n'entre pas en ligne de compte dès qu'on a clairement reconnu qu'un système de services complet en soins de santé mentale doit s'intéresser aux besoins médicaux et non-médicaux pour pouvoir s'ajuster à l'ample assortiment d'incapacités et de niveaux de malfonctions".

De même les idées modernes en santé mentale demandent une certaine définition de la responsabilité du service primaire et des rôles des hôpitaux et autres programmes à l'extérieur des hôpitaux. Le Dr. Heseltine mentionne à cet égard:

> "L'emploi des termes "hôpital/établissement" et "communauté" pour désigner où l'ensemble de services est donné tend à amener la

polarisation des dispensateurs de soins et les distraire d'une considération plus importante, soit la continuité des soins donnés à travers un continuum de services et d'environnement. Par exemple l'unité psychiatrique de l'Hôpital général est une ressource qui a une base *dans la communauté et souvent lui appartient ou*, comme on dit couramment, un service communautaire. Même si cette entité n'est pas toujours aussi sensible et sympathique à tous les besoins de la communauté, comme on pourrait le désirer, elle demeure tout de même une composante importante du système total de soins en santé mentale communautaire".

"La notion courante de communauté semble exclure l'hôpital ou considère les programmes non hospitaliers qui ont leurs racines dans la communauté comme une alternative, et une de taille en plus, au programme des hôpitaux existants (aussi bien les hôpitaux psychiatriques que les unités psychiatriques des hôpitaux généraux). Ce point de vue peut avoir des conséquences désastreuses. On n'a qu'à regarder certains secteurs américains où les établissements hospitaliers psychiatriques ont été remplacés, dans une large part, par des programmes de santé mentale communautaires pour en voir les résultats - les malades mentaux chroniques ont souvent été oubliés. (v.g., Bachrach, 1976 et 1980; Gruenberg et Archer 1979)."

Pour les besoins de cette étude l'expression "communauté" est employée dans deux contextes différents. Premièrement, en tenant compte des suggestions du Docteur Heseltine, on emploie cette expression en référence à la localité où le client a son domicile. Dans ce but, quand on discute du principe de l'accessibilité des services, l'expression communauté est employée pour décrire le lieu où l'individu vit, en ce sens que c'est dans sa région bien définie de service, un endroit où un individu peut avoir accès à la gamme complète des services de santé mentale.

En second lieu, l'expression communauté fait référence à la gamme des services en santé mentale qui ne reçoivent pas leur financement d'un hôpital ou ne sont pas opérés par lui. On l'emploie pour définir le rôle et l'étendue du nouveau conseil d'administration de santé mentale communautaire. À un certain point de l'étude, le Comité de direction s'est interrogé pour savoir si ce conseil devrait être responsable pour les services de santé mentale en établissement aussi bien que pour les services dans la communauté ou les régions de service. Il fallait prendre en considération, cependant, que les hôpitaux ont déjà leur conseil d'administration, et que à cause du financement, l'administration et les responsabilités d'accréditation, il ne serait pas réaliste de s'attendre à ce que les conseils d'aministration des hôpitaux se départissent de leurs responsabilités pour les octroyer à un conseil dit "communautaire". Cependant, à quelques exceptions près dans le Nord-Est, les hôpitaux ont tendance à choisir l'approche aux traitements qui est basée sur l'hospitalisation. De même, la compétition qui existe entre les hôpitaux dans chacune des régions de service et dans les différentes communautés requiert l'introduction d'un groupe spécifique qui soit responsable des services qui ont leurs racines dans la communauté.

Ce modèle tente d'arriver à un équilibre approprié entre les hôpitaux et les services communautaires et à la lumière des avertissements du Docteur Heseltine "de ne pas amener la polarisation des dispensateurs de soins",à une représentation spécifique plus large et des relations de travail qui sont discutées plus loin dans la section organisation et administration du modèle.

Le modèle proposé pour le Nord-Est ontarien inclut le développement d'un continuum de soins balancés défini comme une gamme de services en santé mentale localisée et coordonnée à l'intérieur de certaines limites géographiques. Dans ce cas, on réfère à quatre régions de service. Un tel système est bien établi pour rencontrer les besoins nouveaux de la communauté. Chacune des quatre régions de services discutées dans le modèle devrait avoir un degré raisonnable d'autosuffisance avec les éléments essentiels des soins en santé mentale en place.

RÔLE DU DISPENSATEUR DE SOINS PRIMAIRES

Un des modèles, développé par Goldberg et Huxley en 1980 est centré sur le rôle du médecin responsable des services de santé mentale. Le modèle a illustré le cheminement critique que doit suivre le client à travers le système de santé et l'importance des dispensateurs de soins primaires. Leur étude, basée sur l'expérience aux États-Unis et en Grande-Bretagne indique que le taux de morbidité psychiatrique est 250 par mille de la population à risque et a présenté la démarche dans le système comme suit. D'un échantillon de la population de 1000 personnes à risque:

- 250 auront des symptômes de problèmes en santé mentale;
- 230 demanderont l'aide des omnipraticiens;
- 140 auront un diagnostic confirmé de maladie mentale;
- 17 seront dirigés chez un psychiatre; et
- 6 seront admis aux services en établissement.

Par conséquent, des 250 personnes qui ont des symptômes, 230 iront d'abord chez leur médecin ou chez l'omnipraticien de la localité. L'omnipraticien pose un diagnostic psychiatrique dans 140 de ces cas, il en traite 123 et dirige les autres 17 (7%) aux soins ambulatoires ou à un psychiatre privé. Des 17 qui y sont dirigés, 6 (2%) sont admis dans des services psychiatriques. Ces chiffres donnent une bonne aperçue de l'ampleur de la demande pour les services en santé mentale et du cheminement de cette demande dans les différents niveaux des services de traitement de plus en plus spécialisés. Le rôle de l'omnipraticien comme dispensateur de soins primaires est primordial pour l'entrée des patients dans le système et pour l'assurance que seuls les transferts appropriés sont faits.

Les omnipraticiens qui ont participé à cette étude ont indiqué qu'ils jouent un rôle dans les soins en santé mentale. Cependant la facturation au R.A.H.O. dans le Nord-Est est extrêmement basse pour les diagnostics de maladie mentale. Les omnipraticiens ont indiqué un besoin d'éducation pour qu'ils puissent assumer des rôles plus étendus dans le système des soins en santé mentale. Ceci est tout particulièrement important en regard de la pénurie traditionnelle de psychiatres et du fait qu'on s'attend que les omnipraticiens déploient tous les efforts pour garder un patient chronique dans sa propre communauté.

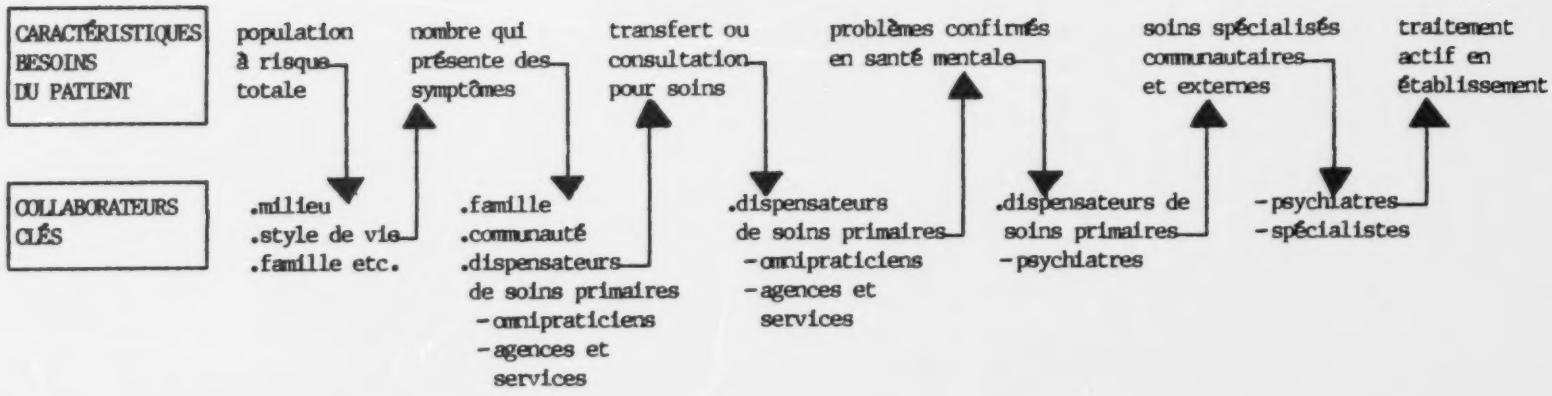
On a employé une adaptation du modèle de Goldber et Huxley pour établir une base de discussion théorique durant cette étude. Comme on peut le voir au tableau 14, le cheminement critique montre le continuum de services requis pour rencontrer les besoins des individus à divers points dans le système. On peut établir le rôle des agents et des dispensateurs de soins dans la communauté pour les patients à risque et pour ceux qui ont des besoins pour des soins ambulatoires spécialisés ou communautaires. Le traitement actif en établissement a un rôle critique, bien que faible dans les services à la fin du continuum. Comme le Docteur Heseltine l'a établi le soin primaire par les omnipraticiens est vital à l'identification des cas, l'évaluation, le transfert et le traitement des patients de santé mentale; et

> " sans le médecin local, les services formels en santé mentale actuels dans cette province seraient submergés. Le déploiement du service désigné de santé mentale est destiné seulement à une proportion relativement faible de la population de clients. Je doute que la plupart des autres professionnels de la santé mentale, incluant les psychiatres, soient conscients qu'ils entrent en contact seulement avec une fraction du nombre de personnes qui recherchent et qui ont besoin de services en santé mentale... les patients qui recherchent les services en santé mentale de l'omnipraticien auraient peut être de meilleur soins des autres services; le patient aussi bien que l'omnipraticien doivent être mieux informés des alternatives appropriées, incluant les traitements non-médicaux"

En se référant au cheminement critique de Goldberg et Huxley, le Docteur Heseltine souligne l'importance des autres intervenants qui ouvrent la porte du système, plus particulièrement l'infirmière en santé publique. Le Docteur Heseltine préconise l'emploi de ces professionnels pour les services de santé mentale de la façon qui suit:

> "les unités sanitaires sont en première ligne des services de santé mentale communautaires, particulièrement en ce qui a trait à l'identification du besoin pour ces services. On retrouve des infirmières en santé publique dans les écoles, les hôpitaux, les centres communautaires, les garderies, les cliniques et dans les autres services attachés à la pratique du médecin. En plus d'ouvrir la porte au système, les infirmières en santé publique ont une place stratégique dans les services de santé mentale au niveau du continuum de prévention primaire, secondaire et tertiaire, dans les programmes de réadaptation et de maintien par l'intervention en situation de crise."

CHEMINEMENT CRITIQUE - SOINS EN SANTÉ MENTALE



CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

GENRES DE SERVICES/ ACTIVITÉS					
	.promotion en santé mentale .prévention de la maladie mentale	.identification précoce du cas	.évaluation/ diagnostic .gestion de cas .transfert .intervention en situation de crise .counseling	.consultation .évaluation/ diagnostic .thérapie .counseling .intervention en situation de crise .réadaptation et maintien .hébergement et logement	.consultation .évaluation et diagnostic .counseling .thérapie .réadaptation/ maintien

TABLEAU 14

Le Docteur Heseltine va plus loin en suggérant que la personne qui fait le premier contact avec l'individu qui souffre d'un problème de santé mentale peut avoir une influence sur le diagnostic actuel, le plan de traitement et l'endroit où le traitement sera donné, et ceci peut arriver:

> "à la maison, au cabinet du professionnel, aux soins ambulatoires, à une clinique à n'importe quel autre type de services psychiatriques. J'ai le sentiment que, quand les évaluations sont faites par les professionnels ou les autres dans le secteur privé, le diagnostic a bien des chances d'inclure une composante pour que le patient ou le client demeure dans la communauté et reçoive le traitement ou les soins sur une base privée ou dans les soins ambulatoires."

Si on se base sur le principe que le contact primaire est le plus important, un modèle utilisé en Ontario pour les services de santé mentale communautaires et hospitaliers est le Rainy River Valley Adult Community Mental Health Program. Développé il y a dix ans à Fort Francis, il a été préparé pour desservir une population de 23 000. Un directeur général de l'hôpital Rainey River certifie que les deux rôles, celui de l'institution et de la communauté, sont assumés.

Les responsabilités des travailleurs sont destinés à procurer la continuité des soins entre l'institution où ils investissent 10% de leur temps et les services de soins ambulatoires de la communauté où ils donnent 90% de leurs efforts. Les travailleurs de santé mentale sont entraînés comme généralistes et une de leurs priorités est de maintenir la personne malade mentale chronique dans sa communauté par une bonne gestion du cas. Les autres fonctions incluent la fonction conseil, le tranfert et la promotion de la santé mentale pour la population générale.

Les comités aviseurs locaux dirigent les travailleurs à des besoins locaux spécifiques. La liaison entre les omnipraticiens des autres agences est reconnue comme un facteur important pour le succès d'un programme qui place les travailleurs généralistes en santé mentale dans les petites communautés.

Depuis 1982, the Terrace Bay/North of Superior Community Mental Health Program, a concentré ses efforts pour assurer l'accès aux services communautaires de santé mentale à une large population dispersée sur un grand territoire dans le Nord-Est ontarien. Le modèle est unique en ce que:

"Il repose sur un échange flexible et se dégageant du support mutuel entre les agences de financement, les ressources de l'éducateur, les dispensateurs de services et les communautés d'une région rurale étendue, isolée. " (Turner)

Il dessert une population de 30 000 et couvre une étendue de 80 000 km^2. À cause de ce large mandat, ce modèle de services emploie les généralistes en santé mentale pour aider les enfants aussi bien que les adultes dans le système.

Il y a huit travailleurs dans sept communautés de 2,500 à 3,000. Les responsabilités des travailleurs sont amples, allant de la gestion de cas des malades mentaux chroniques à la fonction conseil et à la promotion des activités de santé mentale. Les travailleurs de santé mentale ont fait des études en éducation, en psychologie, en soins infirmiers ou en travail social. Ce foyer actif de travailleurs est suffisant pour exiger la présence d'un psychiatre à plein temps à Terrace Bay. Chaque mois les travailleurs se rencontrent pour communiquer sur des sujets d'éducation, du support de l'équipe et partager les expériences qui sont importantes aux travailleurs qui autrement font leur travail de façon relativement indépendante.

Ce programme est unique en ce sens qu'il est le résultat des négociations entre le ministère des Services sociaux et communautaires, le ministère de la Santé et l'Université Western de l'Ontario et qu'il est un programme financé, de façon conjointe, et administré localement.

ADMINISTRATION ET CONTRÔLE

Les dollars disponibles pour la santé, incluant la santé mentale, ne sont pas sans limites. Un des facteurs qui ralentit le développement d'un système de soins et traitement effectifs en santé mentale est qu'il y a une tendance pour accepter une trop grande quantité de buts mais choisir peu de priorités. Comme le dit de façon succinte Leighton, "le centre de ce problème est l'administration de ressources limitées, et la sélection entre plusieurs types de buts humains" (Heseltine).

La compétition entre les groupes dispensateurs et les communautés pour les ressources ajoute au besoin d'établir les priorités d'allocation et d'assurer un équilibre entre les services en établissement et ceux en dehors des établissements dans l'intérêt du client. Le Comité de direction de l'étude a voulu établir des principes pour le modèle qui tiennent compte de la bonne administration et de la bonne coordination du système.

Le Grey-Bruce Community Health Program, aussi appelé le modèle Owen Sound est un modèle d'administration des services de santé mentale communautaire. Au lieu d'avoir un conseil pour chacun des petits programmes, un représentant du Conseil aidé d'un directeur général et du personnel nécessaire ont la responsabilité de développer, de mettre en opération et d'évaluer le continuum de services offerts dans la communauté. Le financement des programmes par le ministère de la Santé se fait par le biais du Conseil qui est responsable de la distribution. De même, une relation de travail étroite avec le Conseil régional de la santé garantit que les priorités de financement pour les nouveaux programmes sont considérées. Ce programme qui a maintenant trois ans est considéré par le ministère comme une programme efficace qui introduit de meilleurs mécanismes de coordination et de communication dans un système de dispensateurs qui était auparavant fragmenté.

LA DÉSINSTITUTIONNALISATION HUMAINE

Comme l'a mentionné le Docteur Heseltine on croit qu'il est anti-thérapeutique de maintenir en établissement une personne qui souffre de maladie mentale à moins que les éléments médicaux et de comportement de la maladie demandent de le faire. Les effets débillitants d'une hospitalisation à long terme de ceux qui souffrent de maladie mentale sont très bien documentés.

> "Les expériences canadiennes et américaines de désinstitutionnalisation suggèrent que les patients souffrant de maladie mentale ne sont pas plus mal et souvent sont mieux dans la communauté que dans les établissements, quand un support adéquat est présent. La durée et le genre d'hospitalisation psychiatrique peuvent stigmatiser un individu, rendant son retour dans la communauté plus problématique qu'il le faut."

Comme en font foi les principes du modèle, le Comité de direction supporte ces concepts. Le fait que les services de santé mentale puissent être offerts dans l'environnement qui est le moins restrictif possible et, quand c'est possible, dans la communauté même de l'individu reflètent bien cette conception.

Pour appuyer l'idée de la désinstitutionnalisation humaine, S.E.F.P.O.* a mis à la disposition du Comité de direction de l'étude un modèle de soins adapté du modèle Rhode Island. Le modèle S.E.F.P.O. met l'emphase sur l'amélioration des soins en établissement et dans la communauté en plaçant les besoins des individus dans quatre catégories de scénarios de maintien à domicile.

- surveillance de 24 heures;
- surveillance de 12 heures;
- surveillance de 8 heures (semi-indépendant); et
- complètement indépendant.

* Le Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario

Pour supporter ces alternatives, une gamme d'exigences pour les services apparaissent dans la liste qui suit:

- les programmes de soins de jour - récréation, activités sociales, thérapeutique, etc.
- programme médical complet, psychiatrique et phamacothérapeutique;
- support complet en service social;
- ateliers;
- service de récréation et de formation aux habitudes de travail;
- intégration sociale dans la communauté;
- entraînement aux habiletés de base du travail;
- assistance au placement d'adultes sous la protection d'un travailleur social;
- rehaussement de l'éducation;
- support financier complet;
- assistance pour le logement;
- entraînement dans les habiletés de vie de base;
- suivi en clinique de santé mentale communautaire;
- intervention en situation de crise;
- lits de répit; et
- soins de jour en établissement.

Le S.E.F.P.O. souligne le besoin que la gamme de services soit en place avant d'introduire la désinstitutionnalisation et mentionne plusieurs cas où le patient souffrant de maladie mentale chronique a reçu son congé de l'hôpital sans que l'assurance de la continuité de soins par la bonne gestion de cas soit établie ainsi que l'accès au programme approprié pour les maintenir à leur niveau optimum de fonctionnement.

Le Massachusetts System of Mental Health Care présente une autre expérience américaine qui réduit le besoin d'établissements d'état avec l'introduction d'alternatives de soins moins restrictives et plus centrées sur la communauté. À cette fin, le but était le remplacement total mais graduel de tous les hôpitaux d'état par un système amélioré basé sur "les principes cliniques intégrés plus étroitement à la pratique médicale moderne".

Ils ont établi trois niveaux définis de service:

- Premier niveau: Les services en santé mentale communautaires;
- Deuxième niveau: L'hôpital communautaire et les soins intermédiaires pour les malades mentaux;
- Troisième niveau: Les services de soutien spécialisés.

Au début du développement en 1975, 75% des crédits destinés à la santé mentale était dépensé dans des hôpitaux d'état, seulement 25% était dépensé dans les services communautaires; (Dans le Nord-Est ontarien il est intéressant de noter que 65% des crédits est dirigé aux institutions pendant que 35% est investi dans les programmes communautaires).

En 5 ans (1980), les efforts de mise en oeuvre du système Massachusett avaient apporté des bénéfices réels comme par exemple les traitements de jour, les maisons de groupes et autres programmes communautaires, les ateliers protégés et l'après-soins. Les nouveaux programmes ont permis à certains individus qui autrement auraient vécu en établissement ou dans des communautés privées de services, de vivre de façon indépendante. Dix millions de dollars ont été déplacés des établissements aux programmes communautaires: À la lumière de ces 5 ans de progrès, l'auteur R.L. Okin hésitait à dire que bien que le système Massachusett soit l'un des plus avancés aux États-Unis, il est cependant encore inadéquat. Le besoin de l'intervention en situation de crise et les programmes communautaires choisis et augmentés, comme les haltes-accueil et les services de soins psychiatriques aigus sont encore nécessaires pour l'obtention d'un système équilibré. Le taux de succès ne pourra être évalué de façon satisfaisante tant que toutes les composantes ne seront pas en place.

Un des modèles de soins centrés vers la communauté et des plus progressifs aujourd'hui est le Système de soins de la Californie qui, comme le modèle Rhode Island, met l'emphase sur le besoin pour une gamme de services dans la communauté. Ce système repose sur la philosophie que les services de santé mentale, incluant les services de prévention, doivent être offerts d'une manière appropriée à la culture, à la langue et à l'âge et de plus être spécifiques à la nature de la communauté et aux besoins de ses clients. Ces services peuvent être donnés de la manière la plus humaine et aussi près que possible de la situation que l'on retrouve dans le foyer normal, et, quand c'est possible, au sein de la communauté, sans sacrifier pour autant la sécurité et le soin du client.

Le modèle définit un système de santé mentale équilibré, complet qui inclut des niveaux de soins qui ne sont pas disponibles aux clients individuels qui requièrent des traitements spécifiques, mais sont liés les uns aux autres dans un réseau de façon à ce que chaque client reçoive les niveaux et le genre de services les plus appropriés. Un client cheminerait à travers ces services par le diagnostic et l'évaluation; cependant, quelques clients pourraient rester de façon indéfinie à un certain niveau de soins dépendant de leurs besoins respectifs.

Le lien entre les éléments de ce système est essentiel pour assurer le service approprié.

Les services doivent être appropriés à la culture, à la langue et à l'âge dans un continuum qui part du traitement aigu intense dans les divers programmes résidentiels non-hospitaliers jusqu'aux soins ambulatoires et au support dans la communauté. Le système comprend aussi des établissements de petite dimension, la participation du client dans la prise de décision, et l'immersion du client dans un encadrement normatif dans la communauté.

Le modèle de la Californie reconnaît qu'il y a des besoins pour les services de prévention et d'intervention aiguë; cependant les besoins des personnes souffrant de maladie mentale chronique ont reçu la première considération dans le développement du modèle. L'autre caractère distinctif du modèle de la Californie est le développement d'une norme basée sur la population, qu'on exprime en terme de niveau minimum de service par 100,000 habitants, pour assurer l'accès aux catégories diverses de services en santé mentale. La région de service définie pour le développement du modèle dans le Nord-Est se prête facilement aux applications des niveaux de services normaux de la Californie dans certaines régions particulières.

* * * * *

Plusieurs des tendances discutées dans cette section sont reprises dans l'énoncé suivant des principes du modèle.

VI. INTRODUCTION AU MODÈLE

Pour pouvoir développer un modèle de services de santé mentale pour le Nord-Est de l'Ontario, il était nécessaire pour le Comité de direction de l'étude d'établir les principes généraux pour le système qui auraient une portée jusqu'en l'an 2001. Plusieurs modèles et tendances en soins de santé mentale discutés dans la section V se retrouvent dans les neuf principes du modèle. La compréhension de ces principes d'opération et leur interprétation est vraiment nécessaire au succès de la mise en place et de la répartition appropriée des dispensateurs actuels et de leur rôle respectif dans le système. Voici les principes du modèle avec les commmentaires.

PRINCIPE 1: **La base pour le modèle est un système de santé mentale équilibré et complet disponible et approprié à tous les résidents du Nord-Est de l'Ontario.**

Le modèle définit un système complet comme celui qui inclut une gamme complète de services de santé mentale, de la promotion et la prévention aux services spécialisés et en établissement. L'équilibre est une partie importante du principe pour assurer une distribution équitable des ressources et, par le fait même des services aux composantes essentielles du système.

Un système équilibré implique en plus que toutes les composantes essentielles de services sont en place tant dans les établissements qu'à l'extérieur des établissements, ce qui introduit la flexibilité dans la planification du traitement individuel.

PRINCIPE 2: **Le modèle repose sur la base que les besoins individuels du client recevront la première considération dans le plan du programme et dans l'établissement des priorités de financement.**

et

PRINCIPE 3: **Les besoins des personnes qui souffrent de maladies mentales chroniques sont placés au premier rang, tout en reconnaissant aussi qu'il y a des besoins essentiels pour des services de soins aigus et de prévention.**

Comme la recherche et l'expérience des dispensateurs de soins l'indiquent, c'est le malade mental chronique qui utilise le plus les services en santé mentale.

Les besoins de ces individus pour un maintien et un support continus sont prévisibles. L'appui et l'assistance par des programmes de gestion de cas sont essentiels au succès qu'auront ces individus dans l'atteinte de leur plus haut niveau de fonctionnement.

D'autre part, la carence de services de prévention ou d'intervention en situation de crise dans le Nord de l'Ontario a été un souci de longue date de la part de ceux qui assurent les soins dans la région du Nord-Est. Des programmes définis dans les grands centres qui sont reliés aux services d'urgence des hôpitaux, aux omnipraticiens et aux autres agences et qui les supportent, sont nécessaires. De plus, les programmes de promotion et de prévention offert par le Ministère et par les groupes qui ne relèvent pas du ministère de la Santé doivent être considérés, leur force reconnue, et ils doivent être intégrés durant la mise en place du modèle.

PRINCIPE 4: **Les besoins en santé mentale des gens âgés qui vivent dans des établissements de soins chroniques et des maisons de soins infirmiers sont comblés principalement dans ces milieux par le support du système de santé mentale complet et son accès.**

Ce principe repose sur la conviction que toute personne peut avoir un problème de santé mentale dans le cours normal du processus de vieillissement. Ces personnes devraient avoir accès à l'hospitalisation pour les besoins en soins aigus et aux autres composantes de services quand c'est nécessaire.

En ce qui a trait aux augmentations prévues de la population âgée il y a eu plusieurs discussions et propositions au ministère de la Santé pour des services en psychogériatrie. Les membres du Comité pensent que cette étiquette est loin d'être attrayante et peu appropriée parce qu'elle débouche sur une stigmatisation inutile pour l'individu.

Les soins de santé mentale pour les personnes âgées qu'elles soient à la maison, dans des maisons de soins infirmiers ou dans des foyers pour personnes âgées devraient être envisagés de façon individuelle dans la perspective des exigences totales de soins. Dans plusieurs cas, les soins physiques requis dépassent les besoins de soins en santé mentale.

De la même façon, en planifiant le modèle de traitement, le Comité est d'avis que, quand c'est possible, le système devrait tendre à apporter le traitement aux patients plutôt que d'amener les patients au traitement. Cette dernière façon, malheureusement l'approche qu'on emploie le plus souvent, réunit la fonction de logement avec celle du traitement, v.g. si un patient a besoin d'une autre sorte de traitement à cause d'un changement dans son état de santé, le patient est souvent dirigé vers un autre établissement.

Ceci est particulièrement préjudiciable aux personnes âgées qui ont un problème de santé mentale parce que le changement de milieu amène presqu'invariablement la désorientation et la confusion. Ces symptômes sont justement ceux que le système essaie de traiter.

Donc le modèle supporte les approches de traitement qui offrent aux patients un traitement flexible tout en leur laissant le choix de leur résidence. Il ne faudrait pas penser que cette approche va empêcher le mouvement des patients âgés d'un établissement à l'autre mais on pense qu'il va sûrement minimiser les transferts de patients âgés.

PRINCIPE 5: **Les services sont donnés dans l'environnement qui est le moins restrictif tout en accordant une place importante à la qualité de la vie.**

Ce principe encourage une indépendance maximale dans le soin des individus souffrant de maladies psychiatriques chroniques et vise à réduire le besoin de soins de longue durée en établissement qui est souvent situé dans un endroit assez loin de la famille et des amis.

Comme le dit le Docteur Heseltine " le maintien du malade mental en établissement ne relève pas d'une bonne thérapeutique à moins que les composantes médicales ou du comportement de la maladie actuelle le demandent. Les effets débilitants de l'hospitalisation à long terme des malades mentaux ont été approfondis et les expériences en désinstitutionnalisation aux États-Unis indiquent que le malade mental chronique n'est pas plus mal et est souvent mieux dans la communauté avec le support approprié."

De plus, le modèle de la Californie fait valoir qu'un système devrait:

> "...être moins restrictif en ce qui a trait et à l'attitude vis-à-vis des clients, et au milieu qui peut aider à créer un système qui n'est pas rigide... on mettrait alors l'emphase sur les priorités qui s'appliquent au niveau approprié de médication, aux habiletés pratiques et à la réadaptation nécessaire à l'atteinte d'une fonction indépendante, à l'importance du milieu résidentiel normal, et à l'hypothèse de l'habileté plutôt que l'incapacité et les attentes positives de rendement du client."

Dans ce but, l'immersion du client dans un environnement normatif avec sa participation dans la planification de ses propres besoins concourant, selon toutes probabilités, au succès de la vie dans la communauté.

L'énoncé qui dit "accorder une place importante à la qualité de la vie" a porté le Comité à reconnaître le fait que l'un des buts ultimes d'un système de santé mentale est de faire tous les efforts pour placer les patients psychiatriques chroniques dans des milieux normatifs. Cependant, l'environnement devra inévitablement être altéré d'une certaine façon afin de compenser pour les déficiences inhérentes à la maladie du client. Le fait de placer un patient psychiatrique chronique dans un milieu totalement normatif expose de façon générale la personne à des pressions difficiles auxquelles il ou elle ne peut faire face. Toute tentative visant à intégrer les patients psychiatriques à la vie communautaire devrait être accompagnée de la restructuration nécessaire du milieu immédiat du client de façon à atteindre l'heureux mélange entre les besoins créés par la maladie et les modifications nécessaires à la vie communautaire.

PRINCIPE 6: **les services devront être offerts, de préférence dans la communauté du client, quand c'est possible et rentable.**

PRINCIPE 7: **Le modèle assure l'accès aux petits centres ou a ceux dont la population est répartie sur une grande étendue.**

La vaste région géographique du Nord-Est soulève un défi considérable pour la répartition des services. L'expression "communauté" peut avoir différentes définitions, allant de la cité ou la ville de résidence actuelle à l'acceptation plus large de la région de service.

La planification soignée des ressources de même que son investissement doivent prévoir qu'il y a suffisamment d'usagers pour installer un continuum complet de services rentables. Pour les besoins de cette étude les quatre régions de service, toutes avec une population de 100,000 ou plus, sont responsables de la population-cible et de la gamme des communautés desservies.

Il devrait y avoir un mécanisme pour regrouper les individus dans une petite communauté (individuellement ou collectivement avec une population de 2000 à 3000) au système plus complet de soins dans les plus grands centres urbains, quand ce n'est pas pratique ou rentable d'offrir les services dans chacune des communautés. Certains services ne sont rentables qu'à la condition qu'ils soient offerts sur une base régionale.

PRINCIPE 8: **Le modèle assume qu'il y a un système de santé mentale intégré qui est sensible et capable de répondre aux besoins linguistiques et culturels distincts de la population.**

Le modèle reconnaît qu'il y a des considérations particulières dans l'offre de services en santé mentale aux résidents francophones et autochtones du Nord-Est.

En 1976, Le rapport Dubois sur les services en langue française soulignait les besoins spécifiques des services pour les francophones dans le Nord et recommandait que des médecins francophones soient recrutés spécifiquement pour Cochrane, Earlton, Elliot Lake, Hearst, Matheson et Vanleek Hill, et que le programme de recrutement pour les régions à court de services identifie, de façon spécifique, des candidats avec des aptitudes en français. Le rapport a soulevé le problème du droit de la clientèle à des services dans la langue de leur choix en disant que:

> "Il est important que le patient soit capable de communiquer librement sans barrière linguistique" (relation spéciale aux soins de santé mentale)... et bien qu'il soit difficile d'espérer avoir un nombre suffisant de psychiatres francophones dans un avenir prochain, nous croyons que la meilleure solution est l'établissement des équipes de santé mentale francophones. Ces équipes doivent être composées de psychologues, de travailleurs sociaux et d'infirmières, de spécialistes en soins psychiatriques de façon à pouvoir conseiller et donner les traitements sous la surveillance d'un psychiatre."

D'après le modèle proposé, c'est la responsabilité du système complet de santé mentale de donner des services de traitement communautaires nécessaires aux besoins spéciaux de ces populations. Pour suivre la ligne de pensée du rapport Dubois, ce sera un continuel défi de recruter et d'entraîner un nombre suffisant de francophones bilingues et biculturels de même que des autochtones pour assumer les rôles clés de responsables de la gestion de cas et des travailleurs pour le support à la vie autonome pour assurer les liens importants et les transferts entre les communautés de résidence et le grand système de la santé mentale. Il est important de comprendre que le modèle encourage l'établissement d'un seul système de santé mentale pour le Nord-Est ontarien.

La structure administrative, avec quatre conseils d'aministration dans les régions de service au lieu d'un seul pour tout le Nord-Est ontarien va procurer une concentration plus locale et permettre l'input de l'usager et la participation des groupes culturels clés dans la planification et l'ébauche du programme.

PRINCIPE 9: **Le modèle aura une infrastruture administrative définie qui comprendra le développement et la mise en place du programme, l'évaluation de son financement et de son maintien permanent.**

Comme on l'a déjà discuté dans "les tendances" pour la mise en place des services, il y va du meilleur intérêt du client d'établir un système de soins équilibré qui soit accessible et intégré. Pour atteindre ce but, il faut avoir une structure de responsabilités. Quelques-unes des plus grandes faiblesses citées par les répondants aux questionnaires et dans les entrevues étaient le manque de coordination dans les services actuels, la compétition présente entre les dispensateurs de soins et la duplication des fonctions. On croit qu'un seul conseil d'administration devrait avoir la responsabilité pour le leadership, l'administration et la planification d'un système de santé mentale communautaire pour la population. Ce conseil devrait travailler avec les institutions qui assurent les soins pour établir un continuum complet de services. Comme discuté au principe 8, l'établissement de quatre conseils d'administration avec une forte représentation d'usagers dans les régions de service donne l'assurance que des décisions éclairées pourront être rendues sur les priorités et les besoins spécifiques des francophones, des autochtones et des autres groupes spéciaux d'usagers.

COMPOSANTES RECOMMANDÉES POUR LE MODÈLE DE SANTÉ MENTALE DU NORD-EST

Le modèle proposé a pour but global d'atteindre une autosuffisance raisonnable à l'intérieur des quatres régions de service désignées de façon à ce que chacune d'elle puisse subvenir aux besoins en santé mentale de la population qu'elle dessert. De cette façon, les services seront disponibles aux individus qui ont des besoins à court terme, aigus, aussi bien que pour les handicapés intellectuels chroniques qui ont des besoins à long terme de support et de maintien. Dans le passé, les individus avec des besoins chroniques devaient être transférés dans la ville de North Bay à cause du manque de services dans les hôpitaux locaux et dans les communautés environnantes. Ce genre de transfert devrait être réduit de façon significative avec le nouveau modèle proposé.

Le modèle conserve un besoin de services régionaux pour les enfants et les adultes. Cependant, la mission régionale devient une fonction plus hautement spécialisée dans le contexte d'un système total de soins. Il faut reconnaître que certains genres de services en établissement peuvent être offerts de façon plus économique sur une base régionale. Il n'est ni pratique, ni faisable, d'offrir des programmes hautement spécialisés dans toutes les régions, car il faut tenir compte du besoin de professionnels spécialisés pour ce genre de services. Les services régionaux actuels pour le Nord-Est de l'Ontario sont, dès lors, redéfinis et diminués de façon significative à la lumière des améliorations prévues à la planification des services dans les régions et la tendance à des services plus centrés sur la communauté. Cette section a trait aux composantes régionales de services et au raisonnement sur lequel elles reposent.

Services régionaux

Le modèle recommande 122 lits pour les services régionaux du Nord-Est de l'Ontario et distribués comme suit:

- un service de détention pour adultes de 26 lits;
- un service spécialisé de 26 lits pour adultes qui ont des retards de développement;
- un service de 60 lits de soins continus pour adultes; et,
- un service de 10 lits en établissement pour enfants;

Chacune des quatre fonctions régionales d'après le modèle est décrite en détails comme suit:

* **Service de détention pour adultes**

Ce service existe présentement à l'Hôpital de North Bay, il est destiné aux hommes et aux femmes qui ont besoin d'un service sous surveillance psychiatrique adulte. Essentiellement il y a trois groupes de clients pour ce genre d'unité;

- les patients sous mandat du Lieutenant gouverneur;
- les patients dont la cause a été remise par la cour pour une période de 30 à 60 jours pour permettre une évaluation psychiatrique préalable au jugement;
- les patients sous le coup d'un mandat civil et qui présentent un certain degré de risque ou de danger et qui requièrent un endroit plus sécuritaire que celui qu'on trouve généralement dans la liste numéro 1 des établissements psychiatriques.

C'est un service qui est généralement offert dans les hôpitaux provinciaux de l'Ontario et un des services essentiels mentionnés dans le rapport de 1983 du Docteur Heseltine.

À la lumière des normes de planification du ministère de la Santé pour des lits de détention, on considère que les lits actuels sont suffisants pour desservir le Nord-Est de l'Ontario. On planifie une unité de 26 lits. Dans le passé, l'unité de détention a été un service bien employé avec un taux d'occupation se situant entre 95 et 100% à l'Hôpital psychiatrique de North Bay.

* **Service spécialisé pour adultes avec retards de développement**

Il n'y a pas présentement de service psychiatrique spécialisé pour les personnes avec retards de développement dans le Nord-Est ou dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Ce rôle apparaît maintenant comme une priorité dans les établissements psychiatriques provinciaux à cause du nombre d'individus qui ont un diagnostic double, comme l'a révélé le projet conjoint (3 ministères) de 1981-1982.

De même, une étude entreprise par l'Hôpital psychiatrique de North Bay a démontré que de 18 à 20 patients de l'Hôpital psychiatrique de North Bay occupent des lits spéciaux avec un diagnostic primaire de retard mental. C'est le genre d'individus qu'on pourrait considérer candidats pour le nouveau service.

Le but de ce service est d'offrir des programmes d'intervention psychiatrique aiguë orientés vers le comportement, pour permettre à l'individu de retourner à sa résidence permanente, de façon générale un foyer de groupe ou un logement sous surveillance. Il supporte de plus les associations pour handicapés mentaux dans leurs efforts pour assurer à leurs clients une haute qualité de vie qui devrait éliminer le besoin de transfert à des unités d'évaluation éloignées avec de longues listes d'attente.

On doit prendre soin d'établir les critères d'admission aussi bien que le protocole d'évaluation bio-psycho-social complet et en profondeur. Un séjour moyen pré-déterminé de 2 à 4 mois peut être appliqué rigoureusement pour prévenir le risque qu'une telle unité devienne une unité de détention pour les patients difficiles avec une durée de séjour indéfinie. Les premiers éléments d'importance devraient être l'évaluation complète et l'initiation du traitement qui, au temps du congé peuvent être transférées à l'établissement qui reçoit le patient.

* **Service de soins continus.**

Ces services sont actuellement offerts à l'Hôpital psychiatrique de North Bay. Ces 130 lits sont des lits désignés pour la réadaptation spéciale avec un programme d'intégration sociale de 24 lits. Ces services sont très utilisés avec, comme on peut s'y attendre, une certaine liste d'attente.

Bien que ce modèle fasse la promotion de l'indépendance maximale des malades mentaux chroniques il faut reconnaître qu'il y aura toujours dans la population un "minimum irréductible" de patients psychiatriques chroniques qui exigeront des soins continus en établissement.

Même sous des conditions idéales, ce genre de patients ne peut être gardé dans la communauté. Le besoin de tels services sous le modèle proposé sera réduit à 60 lits pour se conformer à la norme de planification de 1 lit par 10,000 de population générale.

Cette norme fut vérifiée auprès des dispensateurs de soins qui considéraient que la région avait besoin de plus de 60 lits. En dépit de ces arguments, ce chiffre peut être validé: Il est facile de reconnaître que le nombre d'individus gravement handicapés est beaucoup plus grand que 60 dans la région du Nord-Est, cependant on peut soutenir que la grande majorité des clients gravement handicapés peut être gardée en logement sous surveillance dans la communauté.Une petite minorité seulement de patients gravement handicapés aura une incapacité de nature telle que le placement dans la communauté est hors de question. Ces 60 lits sont destinés à ce très petit groupe minoritaire.

Les expériences dans d'autre endroits comme l'état de New-York, du Massachusetts et de la Californie ont démontré qu'une des variables importantes à la base d'un modèle de services en santé mentale repose sur la disponiblité des lits en établissement. La qualité et la quantité des programmes de santé mentale communautaire semble être inversement proportionnelle au nombre de lits disponibles en établissement. Le défi se pose pour le Nord-Est de centrer son action sur les moyens de prévenir la vie en établissement.

.. **Commentaires sur le programme d'intégration sociale**

L'Hôpital psychiatrique de North Bay est très fier de son programme d'intégration sociale, une unité de 24 lits qui s'appuie sur l'idée que les relations forment un noyau central de l'administration en santé mentale couronnée de succès pour les patients psychiatriques chroniques. Cependant, si on accepte la notion que les patients dirigés à ce programme sont considérés comme capables d'entretenir des relations et d'en tirer bénéfice, alors le patient devrait être capable de vivre dans la communauté. En d'autres mots, ils passeront la grande majorité de leur vie en dehors des établissements. C'est un fait que les patients psychiatriques chroniques, spécialement les schizophrènes, ont de la difficulté à transférer les connaissances apprises dans un endroit à un autre.

Il semble alors qu'il soit plus approprié d'avoir de l'enseignement et des activités reliées à un programme PIS dans la communauté où ils vivent et de ne pas avoir à transférer leurs expériences et connaissances dans un nouvel environnement.

L'idée de base de l'établissement de relations est préservée dans le modèle proposé, et on recommande que les personnes qui sont en meilleure position pour mettre en place ces programmes avec les clients sont les dispensateurs de soins primaires, les travailleurs sociaux, ou les travailleurs S.V.A.. En retournant les patients chroniques dans les communautés et en établissant pour eux des programmes complets de santé mentale les assises sont établies pour le développement de bonnes relations à long terme. Les objectifs du programme PIS peuvent facilement rejoindre le contexte des programmes divers de la communauté.

* **Redéveloppement du service régional**

Comme mentionné dans les pré-requis à l'étude, l'Hôpital psychiatrique de North Bay est dans une piètre condition. En fait, cet hôpital a été soumis à plusieurs évaluations architecturales et structurales, qui mènent toutes à la même conclusion que les rénovations nécessaires pourraient coûter autant que la reconstruction entière de l'immeuble. Le Comité de direction a donc dû prendre la décision, soit de recommander un redévelopement sur le site actuel ou de diriger ailleurs les services régionaux de psychiatrie pour adultes.

Plusieurs options pour un service régional à North Bay furent envisagées. Les trois options principales furent:

- le site actuel;
- le site de l'Hôpital civic de North Bay (il deviendra disponible quand le nouvel hôpital général de North Bay ouvrira ses portes);
- et le site du nouvel hôpital régional.

Ces options peuvent être discutées de la façon suivante:

.. **Le site actuel**

Bien que le site actuel soit attirant et spacieux, il est loin de la ville de North Bay. Pendant longtemps il a été isolé et on y référait en disant " The Psych on the Hill". Lors de sa construction, la philosophie concernant les soins de santé mentale préconisait un endroit paisible pour favoriser la guérison. La philosophie moderne est tout à fait différente en ce que la psychiatrie est une composante importante du système total de santé et que les malades psychiatriques participent activement dans des programmes et, quand c'est approprié, devraient avoir accès à des expériences dans la communauté, pendant le processus de traitement.

Pour ces raisons, le Comité a décidé que les autres alternatives seraient plus près des philosophies modernes de traitement et procureraient aussi des opportunités d'intégrer la psychiatrie dans les grands courants de la médecine.

.. **Le site de l'Hôpital Civic de North Bay**

L'Hôpital Civic de North Bay qui a présentement 193 lits sera fusionné avec l'Hôpital St-Joseph pour former le nouveau complexe d'hôpital régional. La planification du nouvel hôpital est bien avancée et le financement est en négociation.

Une partie de l'Hôpital Civic de North Bay est de construction récente. Construit dans les années 60, 125 lits sont disponibles pour une autre période de 15 à 20 ans. Il peut facilement être rénové pour accommoder 112 lits de services psychiatriques régionaux ou d'autres services. Bien qu'ayant fait l'objet de considération comme site possible, le Civic n'est pas recommandé pour les raisons suivantes:

- En premier lieu, l'Hôpital Civic de North Bay est situé dans une région résidentielle très dense de North Bay. Les groupes de résidents locaux s'objectent à l'idée d'avoir des patients psychiatriques dans leur voisinage. Les préoccupations spécifiques sont "qu'il n'y a pas de place pour des patients de ce genre autour des propriétés et que les jardins publics devraient être utilisés pour les rassemblements. Ils sont préoccupés aussi du genre de patients qui utilisera le service régional - le

patient de médecine légale dans une unité de détention ou l'handicapé mental avec des problèmes de comportement.

De plus, l'emploi du site de l'Hôpital Civic de North Bay signifie que les services de psychiatrie seraient encore isolés dans un immeuble facilement identifiable, vulnérable au même genre de stigma qu'auparavant. De même, cette option a été rejetée parce qu'elle ne peut ramener la psychiatrie dans le grand courant de la médecine.

Le lecteur devra se rappeler qu'il n'y a pas de psychogériatrie à l'Hôpital psychiatrique de North Bay et que le service de 78 lits qui existe présentement à cet hôpital doit être reclassifié comme un service de soins chroniques et gériatriques. Le service suggéré est similaire à celui qui est planifié présentement pour le nouvel hôpital général. Il y a donc une opportunité de considérer le groupement de tous les lits chroniques à l'Hôpital Civic de North Bay. C'est une option qui serait acceptable par les résidents de la région et qui assurerait l'utilisation d'un immeuble encore assez récent.

On recommande donc que les services gériatriques de 70 lits à l'Hôpital psychiatrique de North Bay soient transférés à l'Hôpital Civic avec un nombre de lits équivalent à la proposition pour le nouvel hôpital régional.

.. **Le nouveau site de l'Hôpital régional de North Bay**

On recommande le site du nouvel hôpital comme l'endroit idéal pour les services régionaux de psychiatrie pour adultes. C'est une propriété très vaste située un peu en dehors du centre de la ville et qui est facilement accessible par les transports publics. La sélection de cette option remplit pleinement l'objectif d'amener les services de psychiatrie dans le système des soins aigus de santé. Le personnel devient plus intégré et stimulé en étant exposé à un environnement de soins de santé plus diversifié. Le Comité croit que cette option pourra aider à réduire le stigma longtemps associé avec le "Psych on the Hill" en rapprochant ce service de la communauté.

De même, on peut prévoir plusieurs économies d'échelle et autres économies possibles dans les coûts annuels d'opération en employant un seul site pour les services aigus et les services psychiatriques régionaux.

* **Service de soins psychiatriques aigus régional pour les enfants**

On sait que le nombre d'enfants et d'adolescents jusqu'à l'âge de 19 ans dans le Nord-Est de l'Ontario va décroître de 176,605 en 1986 à 159,333 en 2001 ou de 10% sur une période de 15 ans. La réduction cependant, n'amènera pas des besoins réduits pour les services en santé mentale. En fait, les professionnels rapportent que les cas deviennent de plus en plus complexes et difficiles à traiter.

Il y a présentement 32 lits régionaux subventionnés pour enfants par le ministère des Services sociaux et communautaires à l'Hôpital Algoma de Sudbury. Le territoire desservi pour ce service inclut tout le Nord-Est et le Nord-Ouest de l'Ontario jusqu'à Parry Sound au sud et aussi loin que Winnipeg à l'ouest. Avec ce large rôle, il n'est pas surprenant que les centres de santé mentale pour les enfants et les autres dispensateurs de soins aient rencontré des difficultés pour l'admission des enfants dans ces services et aient fait connaître leurs frustrations parce qu'ils avaient à diriger les enfants en dehors de leur région de service pour de tels services essentiels.

En prenant ceci en considération, on propose qu'un plus petit nombre de lits régionaux soit maintenu à Sudbury (10 lits) pour le Nord-Est de l'Ontario seulement. Le développement de programmes et de lits additionnels dans chacune des régions de service va augmenter l'accessiblité et réduire le besoin de diriger les patients dans une région éloignée.

On recommande que ce service régional de 10 lits demeure à Sudbury avec les 20 lits pour les enfants à Sudbury qui desservent la région Manitoulin/Sudbury. Un changement d'emplacement pour ce service n'a pas été considéré parce qu'il faut reconnaître que le recrutement d'experts pour les enfants est souvent difficile et qu'une expertise importante est disponible présentement pour les 32 lits dans la ville de Sudbury.

Régions de service - système de santé mentale

Tel que discuté sous les principes du modèle, l'accès au service est un défi majeur dans cette étude qui couvre 30% du territoire de l'Ontario. À cette fin, chacune des quatre régions de planification:

- Nipissing/Timiskaming
- Manitoulin/ Sudbury;
- Algoma
- Cochrane

va accéder à un haut degré d'autosuffisance dans les prochaines années à mesure que les composantes essentielles du modèle seront introduites et qu'on aura travaillé à compléter les lignes de forces actuelles. Dans une vue globale, ces composantes incluent:

- les services pour adultes dans la communauté

  - gestion de cas;
  - programme de support à la vie autonome;
  - lits résidentiels avec soutien élevé et moyen;
  - haltes-accueil;
  - occasions d'emploi;
  - programmes/centres communautaires de santé mentale;
  - programmes de promotion de la santé mentale;

- services pour adultes en établissement

  - lits de soins psychiatriques aigus en établissement;
  - services de soins ambulatoires;
  - hébergement (logements sous surveillance);
  - programmes d'intervention en situation de crise;
  - programme satellite de gériatrie;

- centres de santé mentale pour enfants

- services de soins psychiatriques aigus pour enfants

- service de désintoxication

Le système défini de santé mentale doit opérer comme un réseau étroit avec les groupes d'intérêt et les organismes communautaires (qui peuvent être subventionnés par des ministères autres que le ministère de la Santé comme les services sociaux et le système scolaire.)

Ce qui suit présente une discussion des composantes essentielles du modèle pour une région de service, ainsi que le raisonnement et les normes de planification employées pour déterminer les exigences de base de chacune.

Les services pour adultes dans la communauté

Il y a deux positions clés qui sont considérées importantes pour le succès de la transition d'une philosophie dépendante des établissements à un système de soins moins restrictif et qui assure la continuité des soins. Ce sont les responsables de la gestion de cas et les travailleurs de soutien à la vie autonome (S.V.A.). De tels rôles du personnel sont centrés sur le malade psychiatrique chronique ou tout individu qui, après avoir été évalué, a été trouvé incapable d'utiliser, de façon appropriée, les ressources en santé mentale disponibles.

* **Gestion de cas**

La définition dans le modèle de la Californie dit:

> "la gestion de cas est un processus d'identification, d'évaluation du besoin, de planification, de promotion, de coordination, de recherche et de contrôle des besoins de la manière la plus efficiente et efficace possible. Les besoins du client tant pour le logement, que pour les services sociaux et de récréation sont analysés et assumés par la coordination avec les programmes et les agences appropriés."

Il est essentiel que l'individu dans un tel programme soit impliqué dans la planification de ses soins de façon à s'assurer des meilleures chances de succès. Un autre facteur clé dans la gestion avec succès des cas est le lien et le dialogue continu avec le réseau de santé mentale incluant les agences communautaires et les omnipraticiens.

Le responsable de la gestion de cas travaillera directement avec les propriétaires de maisons de pension et les maisons de soins spéciaux,et facilitera le développement de nouvelles options de logement et de programmes de santé mentale communautaires, quand cela est requis.

L'infirmière en santé publique est une des professionnels les plus aptes à assumer un tel rôle - un rôle qui est actuellement bien établi et reconnu dans certaines parties du Nord-Est de l'Ontario. Dans les petites communautés, les fonctions de gestion de cas et de traitement peuvent être accomplies par la même personne. On suggère une clientèle de 25 à 30 cas par responsable de gestion de cas ce qui est plus bas que les 40 à 50 que les travailleurs des programmes de soutien à la vie autonome de l'Association pour les déficients mentaux ont présentement. Ceci est dû à la fréquence du contact du responsable de la gestion de cas et la distance à parcourir dans le Nord.

* **Programme de support à la vie autonome**

Un élément nouveau et intéressant du système de support dans la communauté est l'introduction des travailleurs des programmes de support à la vie autonome. Tout comme pour le responsable de la gestion de cas, le centre du programme de support à la vie autonome est le malade mental chronique. De façon spécifique, les candidats au programme ont besoin d'un soutien intense dans une ou plusieurs activités de la vie de chaque jour.

Ces individus peuvent vivre d'une façon assez indépendante dans un appartement, une maison de pension, une famille ou dans un programme de logement spécial (v.g. une résidence de soins spéciaux ou un programme de logement à haut support). L'acceptation dans le programme est basée sur une évaluation complète par l'équipe de traitement (omnipraticien, psychiatre, responsable de la gestion de cas, travailleur social) avec un plan de traitement spécifique de support et d'activités diverses et qui incorpore le rôle des travailleurs de programmes de support à la vie autonome. On se doit de souligner que le travailleur des programmes de support à la vie autonome joue un rôle passablement spécifique dans le plus grand système de soins de santé mentale et que le plan du programme devrait identifier aussi d'autre groupes (haltes-accueil, occasions d'emploi, régime de médication etc.) comme jouant aussi un rôle.

Les clients des programmes de support à la vie autonome peuvent demander jusqu'à deux heures d'assistance par jour ou 10 heures par semaine. L'implication du travailleur peut être à court terme (quelques jours) ou à long terme (quelques années).

Le rôle du travailleur des programmes de support à la vie autonome est de procurer une assistance directe et une surveillance de façon à promouvoir la confiance dans la vie de tous les jours. Comme exemple d'assistance requise, on peut inclure l'hygiène personnelle, les habiletés à la socialisation, la cuisson des aliments, l'entretien ménager, le budget et l'utilisation des transports publics.

La clé du succès réside dans ce que le support doit être donné dans l'environnement de la maison du client parce qu'il est souvent difficile pour les individus qui souffrent de troubles mentaux chroniques de généraliser et de transférer ce qu'ils ont appris d'un endroit à un autre.

Un nombre varié d'individus venus du domaine de la santé, ou d'autres domaines peuvent être entraînés à remplir ce rôle. En moyenne, une clientèle de 10 clients par travailleur de programme de support à la vie autonome est considérée comme raisonnable parce que chaque client a des besoins de support très différents. Il y a un programme de support à la vie autonome en opération dans la région de Oakville, bâti sur des approches aux soins introduites en priorité par les associations d'handicapés mentaux. C'est le modèle d'Oakville qui a servi de modèle pour le Nord-Est. On peut obtenir de plus amples renseignements sur ce programme en contactant les personnes identifiées à l'annexe F.

Un autre programme qui a une composante de soutien à la vie autonome est le programme Progress Play de North York Ontario. Ce programme est un service de réadaptation communautaire qui comprend un programme en pavillon, un programme d'emploi de transition et des programmes de logement incluant une gamme de services de soutien à la vie. C'est un programme communautaire modèle qui offre un continuum de services aux handicapés psychiatriques. On peut avoir de plus amples informations en contactant la personne dont le nom apparaît à l'annexe F.

* **Logement à soutien élevé ou moyen**

De façon générale on ne retrouve pas dans le Nord-Est les programmes de logement qui offrent un soutien de personnel professionnel 24 heures par jour. Il y aurait lieu de mettre en valeur et de développer ce genre de logement dans toutes les régions de service.

On affectera aux maisons un personnel professionnel qualifié de façon à offrir un haut niveau de soutien et de surveillance aux résidents. Ce service est établi à l'intention des personnes en transition entre les soins hospitaliers et l'autosuffisance ou le besoin peu élevé de soutien et aussi pour certaines personnes qui peuvent demeurer dans leur propre communauté avec un tel soutien, et de ce fait, éviter l'hospitalisation. Les maisons devraient pouvoir recevoir de 6 à 10 résidents.

La norme de planification employée pour déterminer le nombre de lits pour le Nord-Est de l'Ontario a été établie dans une étude récente du ministère de la Santé concernant le redéveloppement de l'Hôpital psychiatrique de Whitby. La norme de 0.12 lits par 1000 de population suggère que 70 lits seront nécessaires pour desservir le Nord-Est en l'an 2001.

Cette composante du système est une extension du soin en établissement et, comme telle, est considérée un mode de soins d'un coût raisonnable. On propose quand même le maintien de ce concept de l'autosuffisance de la région et de la qualité de vie du résident dans l'environnement le moins restrictif possible.

* **Haltes-accueil**

Il y a actuellement 4 ou 5 haltes-accueil dans le Nord-Est de l'Ontario. Historiquement, ces centres furent développés par les bureaux locaux de l'Association canadienne pour la santé mentale. Ces programmes sont subventionnés par le ministère de la Santé comme programmes de santé mentale communautaires.

Les haltes-accueil offrent des opportunités d'activités sociales et de récréation structurées et non-structurées aux malades mentaux chroniques. Les heures d'opération varient entre les programmes de jour seulement, de soir et de fin de semaine avec un personnel d'une ou deux personnes et une grande participation de bénévoles.

Dans le modèle proposé, on considère que chaque région de service aura besoin de 2 à 4 haltes-accueil avec un personnel total de 4 à 8. Les endroits devraient être choisis avec soin et être accessibles par transport public.

Il est absolument essentiel qu'il y ait des programmes pour le soir, les fins de semaine et les vacances. C'est une composante du modèle qui exige de la créativité et la participation du client.

Les centres haltes-accueil recommandés pour chacune des régions de service offrent une opportunité aux communautés plus petites qui ont un groupe reconnu de cas psychiatriques requérant ce service d'avoir un centre dans leur communauté. Il faut un minimum de 50 à 75 personnes pour que ce service soit reconnu formellement comme un programme. Ceci ne veut pas dire que les opportunités de socialisation pour les malades psychiatriques ne seront pas possibles dans toutes les communautés par des liens créatifs avec les autres agences et organismes comme les églises, les agences de services sociaux, l'Armée du Salut, le YMCA et le YWCA, etc. Les responsables de la gestion de cas devront s'assurer qu'en dépit de la grandeur de la communauté, le plan de traitement devra faire appel aux ressources actuelles et développer des opportunités pour le client.

* **Programmes d'emploi**

Comme définis dans le modèle il y a trois niveaux ou types de programmes d'emploi qui sont requis dans chacune des régions de service et qui sont:

- Les sites de travail sous surveillance - qui peuvent être un atelier protégé traditionnel ou encore un endroit genre pavillon tel que décrit sous l'item haltes-accueil.

  La norme proposée est de 1 à 2 sites de travail avec un personnel de 3 à 6 personnes dans chacune des régions de service.

- programme de développement de l'emploi - qui est spécifiquement centré sur le travail avec les employeurs pour développer un engagement et des opportunités de travail pour les personnes appropriées.

Les 2 ou 3 surveillants de travail dans chacune des régions procureront la surveillance directe et le soutien à la personne et à l'employeur. Beaucoup d'individus peuvent être entraînés à remplir les rôles de surveillants des endroits de travail.

Ce concept est relativement nouveau. Cependant la région de Halton développe présentement un tel programme. Les détails concernant ce programme sont disponibles en communiquant avec la personne dont le nom apparaît à l'annexe F.

- Programmes d'assistance et de conseil à l'emploi - devraient être accessibles aux handicapés aigus ou psychiatriques qui ont un haut potentiel à travers les centres d'emploi du Canada, les sytèmes d'éducation et la formation d'accessibilité à des tâches simples tels qu'ils sont offerts par les groupes autochtones ou autres groupes intéressés spécialement.

* **Centres communautaires de santé mentale**

Tel que discuté dans la section des principes du modèle, bien que les malades mentaux chroniques soient au centre du modèle, on doit reconnaître que les programmes de prévention, les groupes d'entraide, les services de renseignements et d'éducation ainsi que toute une gamme de programmes de counseling sont nécessaires à toute la communauté.

Cette composante du modèle est extrêmement difficile à évaluer de façon quantitative pour les besoins qui semblent illimités et pour la carence de normes de planification d'un tel service. Le Conseil d'administration de santé mentale communautaire dans chacune des régions aura la responsabilité de déterminer le besoin de programmes spéciaux et de s'assurer de leur mise en place. Ce travail est actuellement sous la responsabilité de nombreux groupes.

Services pour adultes en établissement

Dans ce modèle, il est important que le lecteur reconnaisse que la philosophie qu'on propose pour l'hospitalisation pour soins aigus est peut être très différente de celle qui est employée couramment dans les hôpitaux du Nord-Est. À cette fin, on recommande de séparer entièrement les fonctions de logement et de traitement associées aux lits pour soins psychiatriques aigus. Le rôle du lit pour soins psychiatriques aigus est de procurer les facilités nécessaires durant la phase très critique d'évaluation. Ces facilités donnent accès à la technologie disponible de l'Hôpital général de même qu'à la compétence professionnelle qui permet une évaluation complète et rapide, quand une crise en santé mentale se fait sentir.

Quand cette évaluation a été complétée et que le plan de traitement est établi, l'hébergement temporaire continu dans des lits pour soins psychiatriques aigus peut quand même être justifié.

Le modèle tel que présenté jusqu'ici définit essentiellement la population cible des services de psychiatrie de l'Hôpital général comme ces clients, usagers présents ou passés, des lits d'hôpitaux ou ceux qui deviendront des usagers futurs de ces lits. Dans tous les cas, ils seront des clients avec des problèmes de santé mentale importants. L'hôpital devra s'efforcer d'identifier les besoins de cette population cible et développer des programmes de traitement pour rencontrer ces besoins de façon spécifique. Il ne devrait pas y avoir de barrières internes pour déterminer qui peut bénéficier de ces programmes.

Dans la majorité des hôpitaux présentement, les patients hospitalisés ne peuvent bénéficier des traitements de jour ou des programmes de soins ambulatoires, ce qui implique qu'il faut établir des programmes de "traitement" distincts pour les patients psychiatriques hospitalisés.

Parce que les unités de patients hospitalisés ont un taux de roulement élevé (le séjour moyen est généralement de 3 semaines), les besoins de la population des patients hospitalisés varie constamment et, par conséquent, le programme de traitement pour patients hospitalisés n'est pas centré sur les besoins. Quand l'évaluation de la population cible totale de l'hôpital est faite, et que les besoins sont relativement constants, alors on peut développer les programmes de traitement vraiment centrés sur les besoins. De tels programmes peuvent être utilisés par les clients appropriés, que ce soit des patients hospitalisés, qui demeurent dans des foyers d'hébergement situés tout près ou qui sont quelque part dans la communauté.

Alors, de façon sommaire, le premier devoir de l'unité de patients hospitalisés pour soins psychiatriques aigus est d'offrir l'hébergement qui débouche rapidement sur la possibilité d'une évaluation complète. De temps en temps, la fonction d'hébergement peut aussi être restrictive quand on applique les modalités de la loi sur la santé mentale, et de temps en temps aussi, être telle que seulement une phase du traitement peut être donnée, de façon pratique, dans le milieu hospitalier (v.g. stabilisation de la médication ou application du traitement d'électrochocs). Cependant, la majorité des fonctions de traitement en établissement pourrait être disponible pour les patients hospitalisés ou les patients externes indifféremment. Ces services en plus de l'intervention en situation de crise et les programmes satellites de gériatrie sont les suivants:

* **Lits de soins psychiatriques aigus**

  Il y a présentement 211 lits désignés pour soins psychiatriques aigus qui sont répartis dans le Nord-Est de l'Ontario par région de service, comme le montre le tableau 15. Ce nombre inclut 26 lits régionaux pour soins aigus à l'Hôpital psychiatrique de North Bay. Bien que les services désignés soient responsables de 86% des jours-patient pour le diagnostic de santé mentale et qu'ils représentent 60% des admissions, les autres hôpitaux du système jouent aussi un rôle important dans les soins psychiatriques aigus.

Les données présentées dans la section sur l'utilisation des hôpitaux ont été considérées dans l'allocation de lits suggérée pour les régions de service, comme on peut le voir au tableau 15.

Le ministère de la Santé de l'Ontario emploie une norme de planification de 0.35 à 0.40 lits par 1000 de population générale pour déterminer le nombre de lits requis pour soins psychiatriques aigus. En se référant à cette norme, les 211 lits de soins aigus actuels augmenteront à 234, une augmentation nette de 23 lits dans la région du Nord-Est. Bien que ce nombre soit petit, le défi majeur réside dans la redistribution des lits entre les régions de service et à l'intérieur de ces régions. Quelques régions requièrent des augmentations plus substantielles (v.g. Algoma et Cochrane ont besoin presque du double de leur allocation actuelle). D'autre part Manitoulin et Sudbury auront à faire face à une réduction de 21 lits dans leur système, tandis que Nippissing et Timiskaming devront plutôt redistribuer leurs lits.

En ce qui regarde l'accès et la distance, il faut noter que la norme plus libérale de 0.4 lits a été appliquée. Le ministère soutient que les unités de 25 à 30 lits sont celles qui sont les moins coûteuses à opérer; cependant le lecteur devra prendre note que ce modèle recommande pour Elliot Lake, Cochrane Nord et Timiskaming des "services" de 10 à 16 lits.

Les petits services psychiatriques dans ces régions peuvent ou non être une unité séparée dans l'hôpital mais peuvent aussi, par exemple, être une partie intégrée à l'unité médicale et chirurgicale. Comme on peut le constater par les données d'utilisation, les hôpitaux dans ces régions emploient les lits des unités générales et leur personnel pour le traitement psychiatrique. Dans cet état d'esprit, il ne serait même pas nécessaire d'ajouter de nouveaux lits. Cependant, les conseils d'administration, l'administration et le personnel médical doivent s'engager à inclure la psychiatrie dans le rôle de l'hôpital, d'établir des liens avec les plus grands centres pour le soutien nécessaire en psychiatrie et pour les consultations dans les cas les plus difficiles. Chacune de ces régions doit déterminer jusqu'à quel point elles vont structurer leurs services et combler les postes. Il est important d'appuyer sur la flexibilité et la créativité dans le développement des petits services.

Comme il a été discuté dans la section sur les tendances, le système progressif de soins en santé mentale exige que les soins psychiatriques aigus soit intégrés dans le grand courant de la médecine. À cette fin, on recommande des lits de soins psychiatriques aigus dans toutes les régions de service, dans un hôpital général, directement reliés aux soins ambulatoires et aux programmes de traitement actifs, tel que décrit au préalable.

LITS NÉCESSAIRES EN 2001 POUR LES SOINS PSYCHIATRIQUES AIGUS POUR ADULTES

Région	lits actuels 1986	lits requis en 2001	augmentation nette/ (réduction)	nombre de lits recommandés
Algoma	36 Hôpital Plummer Memorial	62	26	52 Hôpital Plummer Memorial
				10 Hôpital général Saint-Joseph Elliot Lake
Cochrane	20 Hôpital général Sainte-Mary's	43	21	33 nouvel hôpital régional de Timmins
	2 Hôpital Notre-Dame Hearst			10 Cochrane Nord
	22			
Manitoulin/ Sudbury	36 Hôpital général de Sudbury	80	(21)	80 Hôpital Algoma de Sudbury
	65 Algoma Sudbury			
	101			
Nipissing/ Timiskaming	205 Hôpital psychiatrique de North Bay*	49	(156)	33 site du nouvel hôpital de North Bay
				16 Timiskaming
Total	364	234	(130)	

* note: 205 est la différence entre le nombre total de lits soit 309 moins les 78 lits de psychogériatrie et les 26 lits à sécurité moyenne.

TABLEAU 15

L'application de cette philosophie est discutée en plus amples détails plus loin car elle se rapporte aux modalités d'application du modèle dans les régions de service.

* **Services de soins ambulatoires**

Les services de soins ambulatoires forment une partie essentielle des programmes de traitements psychiatriques aigus. Sont donc inclus dans la définition de traitement en soins ambulatoires:

- l'évaluation et le diagnostic;
- la consultation pour la médication et son ajustement;
- l'intervention et le traitement aigu, la thérapie de groupe, la psychothérapie, la thérapie individuelle;
- le test psychologique.

Les programmes devraient être accessibles aux patients qui requièrent une hospitalisation pour soins psychiatriques aigus et aussi aux personnes qui peuvent vivre à la maison ou se déplacer pour recevoir le service en demeurant dans une maison d'hébergement. C'est pour cette raison que l'hôpital est le meilleur endroit pour offrir ce service.

Il est important de comprendre que de tels programmes sont orientés vers le traitement actif, car l'objectif important est de prévenir des admissions non nécessaires à l'hôpital en offrant la possibilité aux personnes qui vivent à la maison ou dans une maison d'hébergement de recevoir des traitements actifs. Un des facteurs clés pour le succès de ce service est d'offrir des programmes en soirée et si possible en fin de semaine.

Chaque région de service aura besoin de 1 ou de 2 services formels accessibles au service de soins psychiatriques aigus avec un personnel de 10 à 15 personnes pour les fonctions de soins ambulatoires.

* **Auberges**

Même la plus petite auberge avec surveillance est un élément important du service des soins ambulatoires, si on prend en considération, que dans le Nord-Est, il y a des personnes qui ont besoin de traitements actifs et doivent se déplacer pour recevoir ce service mais ne requièrent pas d'hospitalisation pour soins psychiatriques aigus. Ces personnes peuvent passer de quelques jours à 2 ou 3 semaines dans une auberge avec surveillance, se présenter aux programmes de soins ambulatoires ou consulter les spécialistes pour évaluation ou pour les ajustements de la médication, etc.

Une limite de séjour devrait être établie pour les lits, parce que le taux de roulement devrait être élevé. Ce service ne devrait pas être employé comme substitut pour le logement. Pour les cas qui doivent se déplacer, le responsable de gestion de cas local et les professionnels du service des soins ambulatoires doivent être en communication directe avec eux pour s'assurer que les liens nécessaires sont en place et que le plan de traitement de ces personnes a été ajusté à leur retour dans la communauté. Une ou deux auberges avec surveillance sont proposées pour chacune des régions de service; elles ont besoin d'un personnel de 2 à 4 personnes.

* **Programmes d'intervention en situation de crise**

Il y a actuellement des petits programmes d'intervention en situation de crise dans le Nord-Est. Il a été très bien établi dans les réponses des organismes aux questionnaires sur la santé mentale que plusieurs organismes jouent un rôle dans l'intervention en situation de crise - des corps policiers à l'aide à l'enfance, aux omnipraticiens, au personnel de l'urgence des hôpitaux communautaires et des maisons de soins infirmiers. Le manque d'entraînement approprié et de services de soutien pour les personnes qui ont à faire face aux crises, toutefois, sont reconnus comme des déficiences majeures dans le Nord.

Le modèle de santé mentale du Nord-Est requiert alors un programme formel d'intervention en situation de crise dans chacune des régions de service. On suggère que le personnel professionnel soit localisé dans les salles d'urgence des hôpitaux pour faire face au large éventail de situations de crise. De plus, l'équipe pourrait promouvoir l'entrainement des professionnels dans les communautés environnantes et offrir le "lien" nécessaire qui a manqué pendant si longtemps.

Chaque région de service devrait avoir 1 ou 2 programmes formels d'intervention en situation de crise avec un personnel total de 6 à 8 personnes. Ce personnel devrait avoir une formation en travail social ou en soins infirmiers et avoir l'appui d'un service d'appels de la salle d'urgence pour les psychiatres et les autres médecins.

Les heures de programme devraient être flexibles et réévaluées de façon continue en prenant en considération les tendances actuelles d'utilisation. En se basant sur ces tendances, on peut découvrir qu'il n'est peut être pas nécessaire d'avoir un personnel en devoir 24 heures par jour. Cependant on doit se rappeler que l'après-midi et la fin de soirée sont les temps ou le service est le plus essentiel.

* **Programme satellite de gériatrie**

D'après la discussion des principes du modèle, les personnes âgées doivent avoir accès au système de santé mentale, que ce soit pour la gestion de cas chez les personnes âgées souffrant d'un handicap psychiatrique, qui vivent dans la communauté ou pour le soutien aux personnes en dépression aiguë dans une maison de soins infirmiers mais sans antécédent de maladie mentale. Le principe 4 du modèle, rend bien cette idée de conserver le privilège de toute personne âgée d'avoir accès aux services et traitements appropriés et à leur condition sans peur d'être étiquetées comme des "psychogériatriques". Une importante caractéristique de cette fonction satellite est le lien avec les services de soins psychiatriques aigus parce qu'il faut reconnaître que la personne âgée peut avoir de nombreux problèmes de santé et qu'il est essentiel d'employer une approche holistique (globale) en ce qui concerne le traitement.

Cette équipe de travailleurs sociaux et d'infirmières devrait avoir les deux fonctions qui suivent:

- consultation - v.g. support, information et assistance aux dispensateurs de soins et aux patients pour l'identification rapide du cas, l'évaluation préliminaire des problèmes et l'établissement des programmes spéciaux de traitement;

- traitement - v.g. un lien avec le système médical pour amener une équipe multidisciplinaire à la maison (maison privée, maison de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées) pour prévenir les admissions qui ne sont pas nécessaires pour les personnes âgées et pour s'assurer que le plan de traitement et de diagnostic approprié a été mis en place.

On suggère que chaque région de service ait un personnel professionnel de 4 ou 5 personnes pour ce service, en plus d'un psychiatre qui a l'expertise et l'intérêt particulier spécifique pour les besoins en santé mentale des personnes âgées.

* **Centre de santé mentale pour enfants (C.S.M.E.)**

On trouve des centres de santé mentale pour enfants dans chacune des régions de service du Nord-Est. Les centres sont des services relativement nouveaux dans le Nord-Est, subventionnés d'abord par le ministère des Services sociaux et communautaires au début des années 1980. Le personnel total des centres est approximativement de 110 à 119 professionnels incluant le service francophone de l'Hôpital Algoma de Sudbury. Un des défis majeurs des centres est l'accès aux services de l'Hôpital Algoma de Sudbury pour leurs clients.

Traditionnelllement, les C.S.M.E. ou les autres agences qui traitent les enfants et leur famille ont de très longues listes d'attente et procurent le traitement sur des périodes de temps considérables. De plus, les études de prévalence, comme celle du Dr. Offord, une étude récente et à la fine pointe du progrès, font ressortir la fréquence significative élevée des troubles psychiatriques chez la population des enfants et des adolescents de l'Ontario. De même, les chercheurs comme le Dr. Offord sont les premiers à admettre que les chiffres de fréquence peuvent difficilement être transposés en besoin de service, en nombre de thérapeutes ou de lits de résidence. De plus, plusieurs des problèmes de santé mentale dans la population des enfants et des adolescents répondent mal ou peu au traitement.

Les surveillants cliniques dans les C.S.M.E. doivent exiger un haut degré de professionnalisme de la part du personnel soignant et les diagnostics doivent être clairs. Une prise de position est nécessaire pour établir si le traitement est requis ou non pour un certain diagnostic, si la décision d'entreprendre le traitement est faite. Le plan de traitement devrait inclure des objectifs clairs, un calendrier raisonnable et le résultat attendu. Traditionnellement, les établissements qui traitent les enfants sont hésitants à établir la rigueur nécessaire sur ces points. On affirme que les traitements qui traînent en longueur et les longues listes d'attente sont, jusqu'à un certain degré, une conséquence de ce problème. Les listes d'attente pour les services dispensés par les C.S.M.E. sont souvent d'une année ou plus pour une évaluation, ce qui est loin d'être acceptable. Le délai à l'évaluation peut rendre une année scolaire totalement improductive avec des faillites ultérieures. Une des questions qu'on se pose, cependant, est de savoir si les listes d'attente dépendent actuellement de la pénurie de personnel professionnel. Les autres facteurs contribuant aux listes d'attente sont:

- le manque au niveau de la prise de contact (infirmières en santé publique), collaborateurs clés dans le système scolaire, ou les inefficacités du C.S.M.E. relatives à la prise de rendez-vous de piètre qualité et aux annulations mal gérées; et

- le manque de plan de traitement individuel avec objectifs et critères "d'arrêts".

On prétend qu'il y a maintenant un nombre adéquat de professionnels pour traiter les enfants du Nord-Est et que c'est le mélange de ces autres facteurs qu'il faudrait considérer comme suit. Tous les C.S.M.E. devrait faire des efforts pour:

- établir les systèmes d'enregistrement internes et de gestion pour assurer un minimum de temps libre et un maximum de taux d'utilisation des professionnels. Dans ce but, établir des normes de productivité pour les travailleurs professionnels;

- exiger un plan de traitement avec des objectifs précis pour chaque client, un calendrier des résultats attendus et une date d'arrêt pour les enfants qui n'ont pas montré d'amélioration dans un temps raisonnable;et

- placer du personnel de première ligne en santé mentale (possiblement des infirmières de santé publique) pour travailler de façon permanente à l'intérieur du système scolaire de façon à assurer la prévention et la promotion du counseling, l'identification rapide du cas et la demande de consultation au C.S.M.E. si nécessaire. On recommande que chacune des régions de service ait 6 à 8 personnes qui assument ce rôle de travailler de près avec les C.S.M.E. et les autres agences pour les enfants.

Ces mesures devraient pouvoir réduire les temps d'attente et procurer des niveaux de service plus appropriés.

Les C.S.M.E. devraient être représentés sur les conseils d'administration de santé mentale pour favoriser la mise en place d'un meilleur système global de communication, de coopération et de services améliorés pour les familles. Selon l'opinion du Comité, les C.S.M.E. devraient demeurer sous la responsabilité du ministère des Services sociaux et communautaires car il n'y a aucune raison pressante pour suggérer un transfert maintenant.

* **Lits de soins psychiatriques aigus pour enfants**

Tel que discuté dans la section des services régionaux il y a 32 lits régionaux pour les enfants à l'Hôpital Algoma de Sudbury. On recommande que cette fonction régionale soit réduite à 10 lits. Cette réduction est rendue possible dans le cadre du réaménagement des lits au sein des 4 régions de service.

Il n'existe aucune norme pour les lits psychiatriques pour enfants ni définition de la nature des services qu'on doit offrir en établissement. Pour cette région, la consultation avec les experts de soins aux enfants et l'identification des lits disponibles à travers la province a été nécessaire pour établir les lignes de conduite générales pour cette étude.

À ce qu'il paraît, 10 lits par 100 000 est une allocation raisonnable, amenant le résultat en besoin total, incluant les lits régionaux, de 60 à 70 lits pour desservir le Nord-Est de l'Ontario, comme le montre le tableau 16. Comme on l'a déjà dit, cette étude n'inclut pas les besoins de Parry Sound et ne propose pas un système de soins pour ses résidents. Cependant, il faut remarquer que le service pour enfants à l'Hôpital Algoma de Sudbury est sa seule ressource disponible et nous suggérons ce nombre peu imposant de 10 lits pour le Nord-Est de l'Ontario seulement. À cette fin, un service de 8 à 10 lits devrait être établi par le ministère de la Santé pour la région de Parry Sound et de Muskoka.

TABLEAU 16

Lits de soins psychiatriques aigus pour les enfants

Région de service	lits
Sudbury*	20
Algoma	10
Nipissing/Timiskaming	10
Cochrane	10
TOTAL	50

* Avec 10 lits pour desservir la région, le nombre total de lits à Sudbury passe à 30.

On recommande que tous les lits pour enfants soient subventionnés par le ministère de la Santé, considérant l'emploi de ces lits et le fait qu'ils seront employés pour les enfants qui peuvent tomber sous le coup des modalités de la loi sur la santé mentale pour:

. les ordres de traitement;

. les admissions involontaires; et

. la contrainte sécuritaire dans les cas où l'enfant peut se faire du tort à lui-même ou aux autres.

Les enfants qui sont admis dans ces lits auront généralement un diagnostic psychiatrique (v.g. , dépression, psychotique, autistique) ou des troubles sérieux de conduite (v.g., autodestruction).

L'idée d'avoir 10 lits dans les régions de service à l'extérieur de Sudbury est de promouvoir l'accessibilité aux familles et aux amis et de suggérer un service de grandeur suffisante au recrutement et à l'emploi des ressources professionnelles. Les représentants du C.S.M.E. appuient la suggestion de lits dans les régions de service et croient qu'il sera possible d'attirer des professionnels qualifiés pour dispenser ces services.

L'emplacement de ces lits peut être dans une unité psychiatrique d'un hôpital ou préférablement dans un milieu de "camp d'été", à courte distance de l'hôpital de soins psychiatriques aigus.

Les adolescents apportent un défi spécial pour les services de soins en santé mentale. On rapporte que les 16 à 19 ans sont souvent les victimes de la transition entre l'enfant et l'adulte à cause des définitions et des critères différents qu'on emploie dans les programmes. On recommande que dans le cas des adolescents, le clinicien en soins primaires prenne une décision cas par cas. Les alternatives de traitement devraient être flexibles, par exemple:

. Si le problème de l'enfant en est un de toute la vie, comme la schizophrénie ou les autres psychoses, il peut être dirigé au système de soins pour adulte comme un candidat pour gestion de cas, pour programme de soutien à la vie autonome et autres programmes.

- S'il s'agit d'une personne très immature de 20 ans elle peut-être dirigée au système de services pour enfants.

Services de désintoxication

En décembre 1985, le ministre de la Santé a fait connaître sa politique de désintoxication pour aider à la planification d'un nouveau service. La politique encourage l'orientation communautaire en mettant l'emphase sur le traitement externe et de jour au sein d'un continuum d'alternatives de soins. Au moment de l'annonce de cette politique par le ministère, l'Hôpital Algoma de Sudbury était au stade final d'un projet majeur de service de désintoxication complet. Cette proposition fut soumise à la considération de cette étude et depuis a été revue et a reçu l'appui du Conseil de santé régional du district de Manitoulin et de Sudbury.

Le traitement de désintoxication a été un service relativement limité pour les résidents du Nord-Est. Quelques-uns des chefs de file du développement du programme ont été l'Armée du Salut, les soeurs de Saint-Joseph et autres groupes indépendants. Les philosophies des programmes ont été de façon générale basées sur l'approche religieuse ou des "AA" et offrent des programmes intensifs de courte durée. Peu de programmes sont assez importants pour offrir le continuum de services suggéré par la politique du ministère de la Santé. Pour cette raison, on suggère que la proposition de l'Hôpital Algoma de Sudbury soit considérée soigneusement comme un projet pilote qui pourrait servir pour les autres régions de service, avec des modifications mineures, parce que la présente étude n'appuie pas l'idée d'ajouter d'autres lits psychiatriques en établissement pour la désintoxication et les épisodes de psychose aiguë. On suggère de plus que si l'individu est assez malade pour que l'hospitalisation soit nécessaire, que l'épisode psychiatrique devienne prioritaire et que la personne ait accès à l'un des 80 lits de soins psychiatriques aigus dans les régions de service.

Il est important de reconnaître qu'il y a eu des discussions intéressantes chez les professionnels de santé mentale pour savoir si la désintoxication fait partie de la santé mentale. Le groupe cible pour les traitements de désintoxication, l'approche correspondante, la philosophie et le suivi requis, sont vraiment différents du traitement du patient typique en santé mentale, un sujet déjà discuté. La proposition de l'Hôpital Algoma de Sudbury tient compte du besoin pour un continuum séparé de services de désintoxication incluant les éléments suivants:

- bureau chef;
- évaluation, service de demande de consultations et de gestion
- de cas;
- programme de traitement de jour;
- programme après-soins;
- lits de désintoxication;
- logements avec surveillance; et
- travailleurs au service communautaire de désintoxication.

Le modèle Algoma Sudbury demandera un personnel approximatif de 32 à 33 personnes et un budget annuel d'opération de 1.9 millions. Le personnel du programme devra compter sur de bonnes communications avec les autres programmes existants pour s'assurer que les liens appropriés sont en place et prévenir le dédoublement des efforts. Le personnel proposé est adéquat dans le cadre des objectifs et résultats qu'on espère atteindre avec le programme.

On a planifié une approche centrée fortement sur la communauté et on estime qu'approximativement 6% ou 12 000 personnes parmi la population totale ont un problème d'abus de l'alcool et pourraient bénéficier d'un tel programme. Ces estimations concordent avec les prévisions de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (F.R.T.). Les représentants de la fondation ont joué un rôle important au sein de groupe de travail pour les services de désintoxication (GTSD), de l'éducation, de la santé publique, du secteur médical public et privé dans la préparation du programme proposé. De même, les statistiques et la documentation disponibles bien que restreintes à cause des peu nombreuses bonnes recherches à l'heure actuelle, ont servi au développement de la proposition.

Le pilotage de ce programme complet pourrait être très utile au ministère pour le développement des normes quantitatives et des attentes pour les programmes futurs dans la province. On peut avoir de plus amples informations sur ce programme en communiquant avec la personne dont le nom apparaît à l'annexe F.

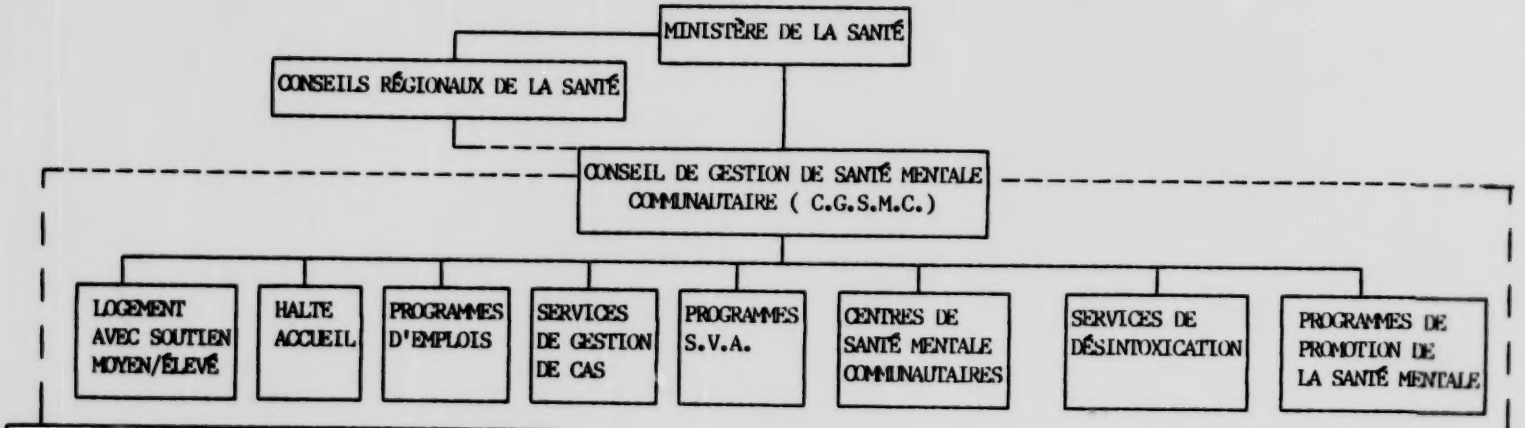
ORGANISATION ET ADMINISTRATION

Une infrastructure d'administration bien définie est essentielle pour assurer le développement du programme, son exécution, son évaluation, son financement et le maintien permanent du modèle proposé. Une saine administration a un impact direct sur le succès du futur système dans le cadre de l'établissement des principes et de la vision du modèle.

Le tableau 17 montre l'organisation des différentes fonctions du système recommandé de services en santé mentale. Le point principal est la gamme de services adultes essentiels centrés sur la communauté et dont le Conseil d'administration de santé mentale communautaire deviendra le responsable. On recommande la mise en place de 4 conseils d'administration, un pour chacune des régions de service identifiées dans ce rapport.

Chaque conseil d'administration de santé mentale communautaire (C.A.S.M.C.) aura des représentants de la population qu'il dessert. On devrait inclure des représentants des dispensateurs de soins, à l'échelle locale ou régionale, des représentants des enfants, des citoyens intéressés et des groupes qui ont un intérêt spécial dans ces domaines.

ORGANISATION FONCTIONNELLE DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE POUR L'AN 2001



AUTRES SERVICES À L'INTÉRIEUR DE LA RÉGION

Centres de santé mentale pour les enfants
Aide à l'enfance gamme des programmes du MMSC
Unités sanitaires
V.O.N.
Programmes en établissement
(intervention en situation de crise, patient hospitalisés adultes et services de soins ambulatoires, hébergement gériatrie satellite)
Lits de soins psy. aigus pour les enfants
Centres de vie familiale
Psychiatres/omnipraticiens
Commissions scolaires
Centre d'amitié pour les indiens
Groupes autochtones
Emploi Canada
Police provinciale de l'Ontario PPO
Maisons de soins infirmiers
Foyers pour personnes âgées
Services pour les handicapés mentaux

SERVICES RÉGIONAUX

Service régional de psychiatrie pour les adultes du Nord-Est de l'Ontario

Service régional de psychiatrie en établissement pour les enfants du Nord-Est de l'Ontario

TABLEAU 17

les objectifs principaux des C.A.S.M.C. sont:

- de voir à ce qu'une gamme de services appropriés en santé mentale communautaire soit en place pour la région de service;
- de développer, gérer et évaluer les services en santé mentale centrés sur la communauté pour toute la région de service;
- de travailler en coopération avec les services sociaux et les services en santé mentale en établissement pour assurer un système de soins bien coordonné;
- d'identifier les nouveaux besoins de services en santé mentale communautaires dans la région de service; et
- de faire les recommandations au conseil de district de la santé mentale local pour les besoins en santé mentale et les priorités pour les programmes de la région de service.

Comme on peut le voir au tableau 17, la relation avec le ministère de la Santé est directe car le financement devra se faire à travers le Conseil d'administration de santé mentale communautaire pour l'allocation aux divers programmes. L'étendue de cette responsabilité du C.A.S.M.C., d'après ce modèle, pourra exiger l'administration d'un personnel de 110 à 220 personnes et d'un budget estimé à 4 à 8 millions par année. À la lumière de ce large défi, on suggère l'établissement de 2 ou 3 postes pour aider le Conseil d'administration; un directeur général et un assistant responsable des finances et des relations publiques et un personnel de bureau, le tout à un budget annuel prévu de 500 000$ à 600 000$ pour les quatre conseils d'administration.

Un des défis à surmonter durant les sessions d'évaluation du modèle en avril 1986 a été justement l'introduction d'un conseil d'administration qui était considéré par plusieurs comme dispendieux "un pallier de plus dans la hiérarchie" avec lequel le personnel responsable doit transiger. En fait, le Comité a considéré ce défi avec soin mais pense que les bénéfices rattachés à une administration solide sont supérieurs au coût. Les conseils d'administration, selon toutes probabilités, seront moins couteux que le système actuel qui exige que le plus petit programme ait son propre conseil d'administration. Comme le modèle Owen Sound, le C.A.S.M.C. remplace les nombreux conseils d'administration existants et a la responsabilité de rendre les décisions concernant le financement et l'établissement des priorités entre les services selon les besoins de la clientèle.

L'antagonisme courant et la compétition existant entre les dispensateurs de soins et les communautés (une faiblesse majeure identifiée par cette étude) deviendront la responsabilité du C.A.S.M.C., parce qu'il doit veiller sur les rôles et les évaluations des programmes centrés sur la communauté.
Un autre bénéfice à considérer est la flexibilité et la représentation pour le client.

La fonction de ce Conseil d'administration n'est pas vraiment différente du rôle du Conseil d'administration de l'hôpital car ce dernier doit annuellement rendre des décisions sur les priorités de programme et doit promouvoir des liens solides avec les autres organismes qui lui sont compétitifs. Le message du docteur Heseltine laisse entendre qu'on doit éviter la polarisation car les deux sytèmes jouent un rôle dans le service, la communication, la coordination, chez ceux qui assurent les services dans la communauté ou en établissement. Sa réalisation s'avère plus facile à plusieurs niveaux dans ce modèle.

Le premier lien est au niveau du Conseil d'administration de la santé mentale communautaire, au sein duquel tous les établissements clés doivent être représentés, y inclus le chef des services de soins psychiatriques aigus. On recommande d'établir un second lien qui permettrait une représentation réciproque en nommant le directeur général du C.A.S.M.C. membre avec droit de vote au département de psychiatrie de l'hôpital. Le troisième lien est le travail informel journalier dans le réseau pour tous les services qui vont surgir naturellement du rôle que va jouer le responsable de gestion de cas qui peut développer un réseau de relations dans le système de service pour le meilleur intérêt du client.

On peut voir au tableau 17, les liens avec les autres services dans la région de service, aussi bien qu'avec les services régionaux en psychiatrie.

Planification et évaluation

Le besoin pour un "Comité régional de services en santé mentale pour le Nord-Est" et similaire à celui suggéré dans l'étude de santé mentale pour le Nord-Est de l'Ontario pour 1981, a aussi été discuté.

Le Comité de direction reconnaît que le Nord-Est a besoin d'un système de représentation régionale pour promouvoir les intérêts de ses résidents, tout spécialement pour la planification régionale, les problèmes d'affiliation universitaire et la représentation à Queen's Park pour les problèmes majeurs. Il recommande que les sous-comités en santé mentale des conseil régionaux de santé aient des réunions régulières, comme ils le font d'ailleurs maintenant et qu'ils identifient et planifient les services en santé mentale au niveau régional. En ce qui regarde la planification locale, il est essentiel que le Conseil d'administration du C.A.S.M.C. soit représenté au niveau des sous-comités en santé mentale du Conseil régional pour fournir cette contribution nécessaire aux recommandations pour les priorités de programme et de planification pour leurs régions de service. Dans ce but, le temps est propice pour les régions de Nipissing et Timiskaming qui n'ont pas encore de conseil régional d'en établir un, avec une représentation adéquate au niveau régional pour planifier et coordonner les services en santé mentale.

La prévention et la promotion sont des fonctions importantes du C.A.S.M.C.. Comme le souligne le docteur Heseltine, les programmes primaires de prévention en santé mentale sont essentiels si on veut ralentir de manièreraisonnable la demande toujours croissante de services en santé mentale.

Les programmes primaires de prévention sont difficiles à concevoir et la priorité devrait être donnée aux programmes basés sur l'expérience et qui ont apporté des résultats. Parmi ces programmes on retrouve la santé physique, l'assistance à l'employé ainsi que la promotion de la santé et de la manière de vivre. À cause du grand nombre de groupes gouvernementaux, à but non-lucratifs et privés qui sont impliqués dans les services de santé mentale dans chaque région, il faut que ces groupes participent aux C.A.S.M.C. pour assurer une communication efficace et identifier les régions ou les fonctions et buts peuvent être complémentaires.

Le succès permanent de ce modèle exige qu'une composante d'évaluation totale du système soit développée afin de veiller à la mise en place et à l'évaluation des besoins changeants de la population du Nord-Est. Quelques-uns des acteurs importants du processus d'évaluation seront:

- les conseils régionaux de la santé;
- le ministère de la Santé;
- les conseils d'administration de la santé mentale communautaire;
- les services en établissement;
- les professionnels;
- les consommateurs;
- les universités et les collèges communautaires.

Un important défi sera le développement d'un système d'information commun au service en établissement et communautaire et qui pourrait englober les programmes du ministère de la Santé et du ministère des Services sociaux et communautaires. Le système d'information doit aussi produire des données qui sont reliées aux buts des programmes individuels et du système en général.

Quelques-uns des points majeurs qui doivent bénéficier d'une évaluation continue sont:

- l'étendue et l'équilibre;
- l'accessibilité;
- la continuité des soins;
- la flexibilité et la réponse à des besoins changeants;
- le besoin du client, sa satisfaction et les résultats.

Il y a un important travail de développement requis pour établir une composante d'évaluation pour ce modèle. Cependant, le Comité de service de santé mentale Grey Bruce est à mettre au point des outils d'évaluation, des procédés et des méthodes qui devraient être révisés avec soin si on veut les appliquer au Nord-Est.

On recommande que les groupes de sous-comités régionaux des conseils régionaux de la santé soient responsables de la coordination et de la mise en place du processus d'évaluation, de préférence chacun à leur tour. Le ministère de la Santé devrait fournir le financement nécessaire pour appuyer cet effort, y inclus l'emploi de l'expertise extérieure si elle est requise.

Le centre d'intérêt du groupe régional sera l'évaluation du système et de ses composantes. Les divers dispensateurs de soins du système devront, régulièrement, faire les évaluations des programmes en mettant l'emphase sur les besoins du client, sa satisfaction et le résultat général. Ces résultats d'évaluation seront des données fort importantes à l'évaluation du système total.

De façon similaire, les consommateurs devraient être impliqués dans ce processus par la rétroaction aussi bien pour les programmes individuels que pour le système en général.

Un des premiers pas dans l'établissement des mécanismes efficaces d'évaluation est l'identification des indicateurs de performance. Bien que cette étape exige une pensée et un effort subtantiels, voici, tels qu'ils s'appliquent, les indicateurs de performance qui ont besoin d'être examinés.

* **Des indicateurs du système**

Quelques-uns des indicateurs majeurs du système sont:

- un énoncé clair des objectifs et des priorités du système du Nord-Est qui est bien compris des collaborateurs importants du système;
- la mise en place d'un mécanisme annuel d'évaluation;
- un équilibre approprié et la disponibilité des ressources pour les services en établissement et communautaires;
- la structure d'organisation du système est claire et selon les buts du système;
- les canaux de communication et de coordination sont bien définis, bien compris et employés efficacement;
- les modalités de représentation appropriées pour la planification de base et l'évaluation des groupes sont bien en place et efficaces;
- la présence de duplication et de carences dans les services; et
- les tendances d'utilisation en dehors des districts.

* **Indicateurs du programme**

Quelques indicateurs du programme:

. la pertinence du programme avec le but du système;

. les taux d'admission, de ré-admission et d'utilisation;

. changements dans la clientèle;

. satisfaction de la clientèle;

. satisfaction de ceux qui demandent des consultations;

. les efforts pour l'enseignement et la recherche; et

. la qualité.

* **Les indicateurs du ministère de la Santé.**

Quelques-uns des indicateurs majeurs sont:

. l'énoncé clair de politique et de priorités;

. les niveaux de financement; et

. l'efficacité des communications entre le ministère et le système du Nord-Est;

La Participation universitaire au sein du système

Cette étude reconnaît l'importance de la participation et de l'intérêt des universités dans le développement continu du système de santé mentale dans le Nord-Est. Les raisons principales qui justifient une telle participation sont:

. les ressources humaines dans les établissements spécialisés régionaux;

. le support psychiatrique à l'unité de psychiatrie de l'Hôpital général;

. le perfectionnement des professionnels en santé mentale;

. l'assistance aux collèges communautaires qui ont à développer des programmes appropriés;

. la recherche clinique faite sur une base de collaboration; et

. les outils et les procédés d'évaluation.

Depuis un certain temps, l'Université Western de l'Ontario est impliquée dans la distribution des services de santé mentale dans le Nord par le biais de son programme hors-campus. Au cours des derniers mois, le ministère de la Santé a financé un poste de coordonnateur pour le Nord, responsable aux universités Western de l'Ontario et Laurentienne pour le but bien précis de développer des programmes dans le but d'attirer dans le Nord-Est plus de psychiatres et de professionnels en santé mentale.

Cette étude appuie cette initiative et recommande que ce poste de coordonnateur soit relié formellement au groupe de planification et d'évaluation régionale. Ce poste devrait également établir un lien avec l'Université d'Ottawa afin d'attirer les ressources et les programmes francophones dans le Nord-Est.

Une des premières priorités pour ce poste devrait être l'identification des besoins en éducation qui découlent de la mise en application de ce modèle. En particulier, les besoins d'entraînement et de recyclage seront les plus importants pour:

- les omnipraticiens;
- les responsables de la gestion de cas;
- les travailleurs de programmes de soutien à la vie autonome;
- les travailleurs en santé mentale communautaire;
- le personnel des salles d'urgence des hôpitaux.

Comme on le verra plus tard dans la session sur la mise en application, un plan détaillé des besoins en personnel et un redéploiement seront nécessaires pour que la mise en application du modèle se fasse de façon efficace.

Il sera important que le coordonnateur pour le Nord soit impliqué comme collaborateur clé dans le développement et la mise en place du plan en ce qui a trait aux aspects reliés à l'éducation et à la formation.

VII. MISE EN APPLICATION DU MODÈLE

Cette section présente un profil de chacune des régions de service et des lignes de conduite pour établir un éventail complet de services dans chacune des régions. Tel que discuté dans les sections qui précèdent et qui traitent notamment des données démographiques, des conclusions sommaires des entrevues et des questionnaires sur l'utilisation, chaque région de service possède des caractéristiques qui lui sont particulières. De plus, la quantité et le genre de services actuels varient entre chacune des régions.

Le modèle de services proposé poursuit un objectif réaliste d'autosuffisance dans chacune des régions en s'appuyant sur les forces des services existants. Dans la discussion qui suit, on trouvera les constatations spécifiques, les recommandations et les considérations de mise en place en ce qui a trait:

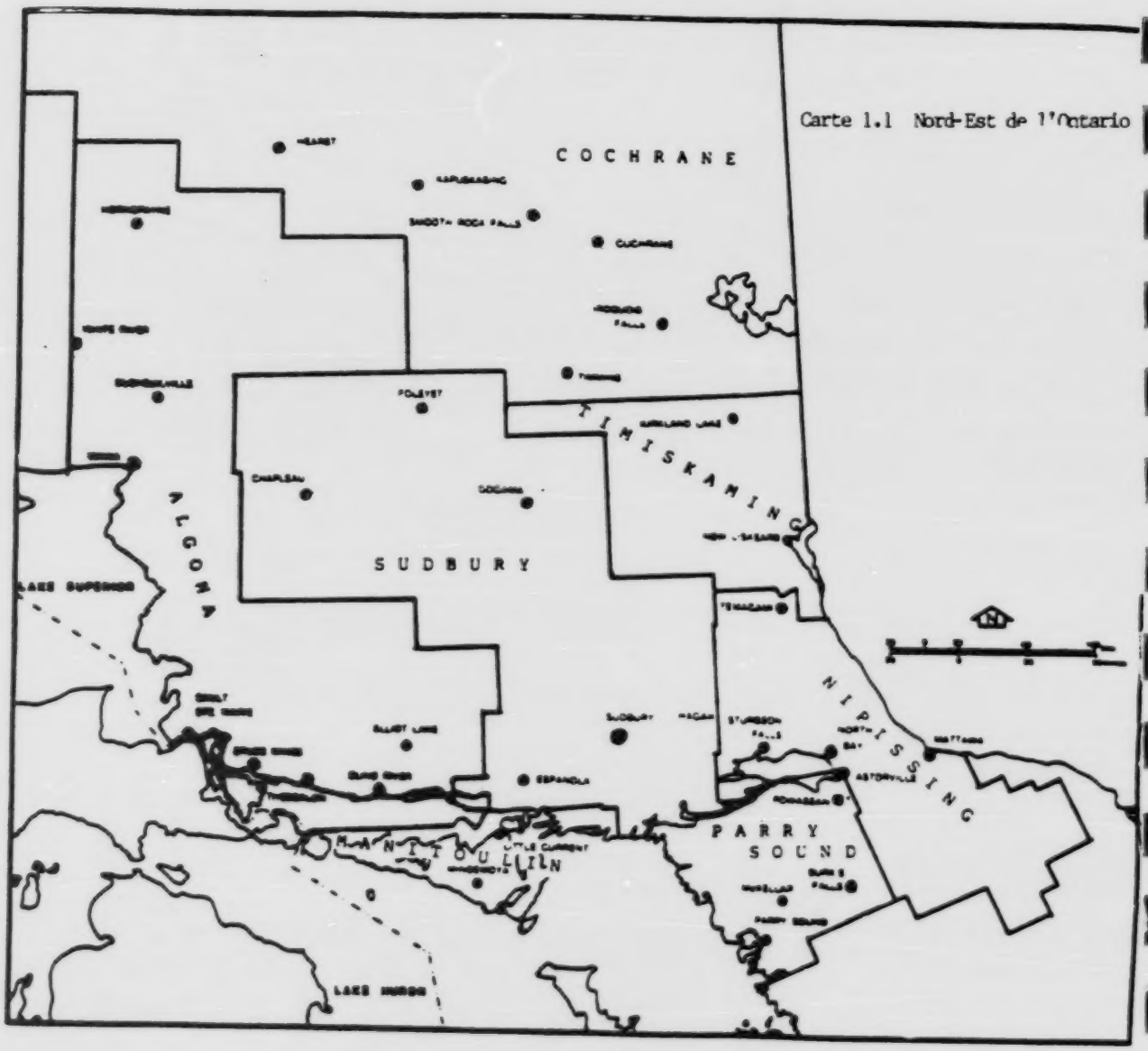
- aux caractéristiques démographiques particulières;
- aux principaux dispensateurs de soins en santé mentale;
- aux forces et faiblesses;
- à la mise en application du modèle et aux problèmes du personnel qui y correspondent;
- aux défis spécifiques de mise en oeuvre.

L'information présentée est destinée à fournir des lignes de conduite générales pour la mise en oeuvre et un indice préliminaire des besoins en personnel, de même que du genre de postes qui seront nécessaires d'après le modèle. Les besoins spéciaux de la région géographique desservie qui relève en même temps du comité général de mise en oeuvre, des conseils régionaux de la santé et des conseils d'administration de santé mentale communautaire durant la mise en oeuvre font aussi partie de cette présentation. Les chiffres de ce sommaire nous donnent, quand c'est possible, le nombre actuel d'employés en santé mentale dans le Nord-Est et ses régions de service, ce qu'on peut considérer comme de bonnes estimations, avec un % d'erreur possible de 5 à 10% du nombre actuel de tous les cas.

LA RÉGION DE SERVICE D'ALGOMA

Comme on peut le constater en regardant le tableau 18, la région de service d'Algoma couvre une vaste région géographique de 51 206 kilomètres carrés. La région d'Algoma s'étend aussi loin au nord que Cochrane et les bords du lac Supérieur et Thunder Bay ouest. La région de Sudbury est à la frontière est et on doit remarquer qu'Elliot Lake est à mi-chemin de Sault Ste-Marie et Sudbury.

NORD-EST DE L'ONTARIO: RÉGION DE SERVICE ALGOMA



Carte 1.1 Nord-Est de l'Ontario

En 1981, Algoma avait une population de 133 553. Ceci donne une densité de population de 2.6 résidents par kilomètre carré.

On prévoit que le nombre de résidents d'Algoma augmentera de 16.7%, jusqu'à 155 759 résidents en l'an 2001. C'est la seule région du Nord-Est où on prévoit un augmentation importante. Les planificateurs du Conseil régional de la santé ont adopté ce nombre comme base de planification, mais on pense que ces prévisions sont un peu ambitieuses. À mesure que s'effectuera l'implantation du modèle proposé, il peut devenir nécessaire de réduire le nombre des responsables de gestion de cas, des travailleurs au programme de soutien à la vie autonome, etc. si dans la réalité, la population n'atteint pas ces projections.

Les centres majeurs de population à Algoma sont:

- Sault Ste-Marie avec une population de 82 697 ou 61.9% des résidents d'Algoma; et

- Elliot Lake avec 16 723 résidents ou 12.5% de la population.

Près de 75% de tous les résidents d'Algoma appartiennent à ces deux régions. Sault Ste-Marie et Elliot Lake précèdent en grandeur les villes de Wawa avec 4 206, Blind River avec 3 444 et Hornepayne qui a moins de 2 000 résidents.

Algoma est principalement anglophone car 77.5% des résidents ont déclaré que l'anglais est leur langue maternelle. Il y a plus de résidents avec une langue maternelle "autre" (12.5%), que les francophones qui ne représentent que 10% ou 13 355 résidents. Algoma a 8 réserves d'autochtones qui comptent 2 232 résidents.

Les résidents d'Algoma ont une éducation un peu meilleure que ceux des autres parties du Nord-Est de l'Ontario avec presque 81% des résidents ayant 15 ans ou plus qui ont complété leur 9è année. Les taux d'emploi sont plus hauts à Algoma que partout ailleurs dans le Nord-Est avec un taux de 80% chez les hommes et 50% chez les femmes dans le milieu du travail.

Les dispensateurs principaux de soins en santé mentale

Les dispensateurs en milieu hospitalier

L'hôpital principal désigné est l'Hôpital Plummer Memorial. Il figure au troisième rang des congés et jours-patient hospitaliers, précédé par l'Hôpital psychiatrique de North Bay et l'Hôpital Algoma de Sudbury. Le centre Riverview inclut les lits pour patients psychiatriques et la psychiatrie communautaire. La région géographique majeure de service est la région d'Algoma. On y constate une haute utilisation avec des taux d'occupation de près de 95%. Les autres hôpitaux communautaires sans lit désigné, qui jouent un rôle important dans les soins psychiatriques sont l'Hôpital St-Joseph d'Elliot Lake qui utilise une moyenne de trois lits pour ces cas et l'Hôpital de Blind River lequel rapporte 117 admissions en 1984 et 1985.

Les congés de l'Hôpital Algoma démontrent que leur région de service reste autosuffisante en ce sens que 81.5% des résidents d'Algoma ont reçu des soins à l'Hôpital Algoma pendant 1984 et 1985. Plus de patients vont à l'Hôpital Algoma de Sudbury qu'à l'Hôpital psychiatrique de North Bay pour leurs soins. En fait, comme le rapportent les omnipraticiens d'Algoma, ils dirigent 70% de leurs patients au centre Riverview presque 30% à l'Hôpital Algoma de Sudbury et aucun patient à l'Hôpital psychiatrique de North Bay. Comme le montre le tableau 19, le Plummer Memorial soigne les cas graves de santé mentale (v.g., la schizophrénie et la psychose affective), pendant que les autres hôpitaux traitent principalement les troubles d'ordre neurotique; ce qui fait que 25% de tous les congés de l'Hôpital Algoma en 1984/1985 étaient par des personnes souffrant de troubles neurotiques. L'abus des drogues et l'alcoolisme combinés suivent avec 17.7% des congés.

Les programmes de santé mentale communautaires subventionnés

Il y a plusieurs programmes subventionnés de façon formelle qui offrent des services dans Algoma.

* **Medirep (Sault Ste-Marie)**

  Ce programme est dirigé par l'Hôpital Plummer Memorial. Il a trois activités principales:

  - le traitement de jour en réadaptation - un programme de jour pour les schizophrènes, la découverte de soi, le groupe de soutien dans la dépression, le conditionnement physique et la planification des loisirs etc.

  - l'intervention en situation de crise - un petit service qui offre l'évaluation, la thérapie à court terme, le counseling et les demandes de consultation.

  - le service de counseling d'Algoma Nord à Wawa - un service de counseling pour patients externes adultes et adolescents plus âgés avec des troubles d'ordre émotionnel.

* **Clinique Algoma Est (Elliot Lake)**

  Ce petit programme de santé mentale est subventionné comme un des programmes de soins externes de l'Hôpital Algoma de Sudbury et offre du counseling, de la gestion de cas et des services de prévention et de promotion. Dû à la proximité d'Elliot Lake de Sudbury, les relations de travail sont fortes. De même, les régions d'Elliot Lake et de Blind River ont un nombre important de résidents francophones qui reçoivent leurs soins à Sudbury plus facilement accessible pour eux que Sault Ste-Marie.

ALGOMA
CONGÉS 1984/1985 DU NOMBRE TOTAL DE CONGÉS DE L'HÔPITAL
(1984-1985)

		SAULT STE-MARIE	PLUMMER MEMORIAL	ELLIOT LAKE ET ST-JOSEPH	HORNEPAYNE	LADY DUNN GENERAL	HÔPITAL THESSALON	MATTHEW'S MEMORIAL	BLIND RIVER	TOTAL ALGOMA
290	Démence sénile et pré-sénile	6.2	1.5	1.2	0.0	0.0	4.0	5.9	6.8	2.2
291	Psychose due à l'alcoolisme	7.7	3.1	2.4	9.4	0.0	0.0	0.0	0.9	3.0
292	Psychose due aux drogues	0.0	1.4	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	1.1
293/4	Autres psychoses organiques	0.0	0.1	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
295	Schizophrénie	0.0	16.0	4.1	3.1	13.6	0.0	0.0	1.7	11.3
296	Psychose affective	3.1	18.4	10.7	0.0	0.0	12.0	5.9	2.6	13.7
297	État de paranoïa	0.0	0.6	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7
298/9	Autres psychoses non-organiques	4.6	2.9	2.4	3.1	4.5	0.0	5.9	0.9	2.8
300	Troubles d'ordre neurotique	13.8	21.9	35.5	43.8	29.5	56.0	35.3	19.7	24.8
301	Troubles de la personnalité	0.0	6.1	3.6	0.0	0.0	0.0	5.9	0.9	4.5
303	Alcoolisme	36.9	9.7	20.1	12.5	22.7	16.0	0.0	23.1	14.3
304/5	Abus des drogues et dépendance	3.1	2.3	7.1	0.0	9.1	4.0	5.9	3.4	3.4
308	Réaction aiguë au stress	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.5	2.1
309	Réaction d'ajustement	0.0	3.8	0.0	6.3	6.8	0.0	0.0	0.9	2.9
313	Déséquilibre émotionnel de l'enfance et l'adolescence	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
302/6/7/10/11/12/16	Autres troubles non-psychotiques	24.6	8.2	8.9	21.9	13.6	8.0	35.3	17.9	11.0
314	Syndrome hyperkinétique de l'enfance	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
315	Retard spécifique du développement	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
317/8/9	Retard mental	0.0	3.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	% 100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0

Source: Centre de traitement des données, ministère de la Santé de l'Ontario

TABLEAU 19

* **Maison de transition Beginnings (Sault Ste-Marie)**

Ce programme offre un logement de transition pour 8 patients psychiatriques adultes qui ont du potentiel pour une vie autonome mais qui ont aussi besoin d'assistance et de surveillance. C'est une alternative à l'hospitalisation continue et une tentative pour prévenir les réadmissions en préparant adéquatement le patient à vivre de façon indépendante. Ce programme est destiné aux adultes et aux adolescents.

* **Programme de santé mentale P.A.R. (Sault Ste-Marie)**

Dirigé et opéré par la santé mentale Sault Ste-Marie, c'est un programme de réadaptation sociale, halte-accueil qui reçoit l'appui d'un nombre imposant de bénévoles. Il offre des sessions de groupe à la semaine, n'est pas offert seulement aux clients qui ont fréquenté les institutions pour des soins psychiatriques et reçoit des patients dirigés par un bon nombre d'hôpitaux et de travailleurs localisés dans la communauté.

* **L'unité sanitaire pour le district d'Algoma**

L'unité sanitaire pour le district d'Algoma vient tout juste de recevoir l'approbation pour un programme de gestion de cas en santé mentale.

Les services de désintoxication

Il y a plusieurs services de désintoxication dans la région:

* **Plummer Memorial Detox (Sault Ste-Marie)**

C'est un service de 15 lits (11 hommes et 4 femmes) qui procure un environnement de court séjour en confinement pour les personnes victimes des symptômes de réaction à la privation de l'alcoolisme aigu. Ici on met l'emphase sur le repos, l'alimentation, la thérapie de groupe, le counseling individuel et les demandes de consultation aux autres agences.

* **Centre Camillus (Elliot Lake)**

C'est le programme de traitement pour alcoolisme sous la direction de l'Hôpital général Saint-Joseph. Il offre un service de consultations externes, un traitement intensif de 28 jours pour les hommes et les femmes qui souffrent d'alcoolisme.

* **Fondation de la recherche sur la toxicomanie**

  La Fondation de la recherche sur la toxicomanie joue un rôle dans la promotion, la prévention, le counseling, les demandes de consultation, la planification et la coordination.

Les autres collaborateurs dans les services de désintoxication incluent le Ken Brown Recovery Home, L'Armée du salut, la maison Breton, le centre de counseling pour l'abus des drogues d'Algoma pour les femmes et l'unité de counseling en désintoxication pour la famille d'Elliot Lake.

Services pour les enfants

Les services les plus importants pour les enfants dans la région d'Algoma sont:

* **les services pour enfants et adolescents d'Algoma (le Centre de santé mentale pour les enfants); et**

* **l'aide à l'enfance d'Algoma.**

* * * * *

Comme en fait foi le questionnaire sur la santé mentale, plusieurs autres groupes et agences ont des rôles en santé mentale comme les commissions scolaires, les programmes subventionnés par le ministère des Services sociaux et communautaires (M.S.S.C.), le Centre d'emploi Canada, Big Sisters et la police.

Les organismes de planification

Algoma possède son Conseil régional de la santé avec un sous-comité actif en santé mentale. Le bureau régional du ministère des Services sociaux et communautaires accorde une importance capitale à la santé mentale (gestion de cas, programme d'intervention en situation de crise, counseling, planification etc.). Le centre local de Santé de groupe et le ministère des Affaires du Nord sont aussi intéressés à l'amélioration de la planification et de la coordination.

Ceci dénote le besoin d'intégrer un tel groupe dans le C.A.S.M.C. qu'on développe pour Algoma.

Forces et faiblesses

Le taux de réponses aux questionnaires pour Algoma est de 35% pour les omnipraticiens et 31% pour les autres groupes qui ont reçu le questionnaire ou ont été interviewés. De tous les omnipraticiens qui ont répondu à la question de l'identification des forces, 7 ou 26.9% ont mentionné les traitements de désintoxication comme une force, les autres ont identifié le centre Riverview, les psychiatres et la clinique de santé mentale comme des forces.

Les autres dispensateurs de soins et agences ont mentionné comme force le personnel qualifié et dévoué, pendant que 20% de ceux qui ont répondu n'ont mentionné aucune force dans la région de service. Il n'y a eu ni consensus ni forte indication de forces à conserver dans le nouveau modèle.

Le taux de réponse à la question sur les faiblesses était plus élevé. 30% des omnipraticiens ont indiqué que la plus grande faiblesse était la pénurie de psychiatres et 26% le manque de lits et de programmes. Les autres faiblesses étaient:

- le manque de services pour les enfants;
- les longues listes d'attente;
- le manque de services bilingues;
- le manque de services dans les régions rurales; et
- le manque de services en français sur la rive Nord et à Elliot Lake.

D'après 50% des autres agences et personnes qui assurent les soins, la plus grande faiblesse dans les services d'Algoma est le manque de communication et de coordination dans les services de santé mentale; 34% voient le manque de services pour les enfants et les adolescents comme une faiblesse tandis qu'un même pourcentage pense que c'est aussi la pénurie du personnel professionnel.

Mise en application du modèle

Comme on peut le constater au tableau 20, la population de base pour la région d'Algoma est 155 800 pour un modèle dont la mise en oeuvre devrait être complétée en l'an 2001. La population des chroniques, le groupe le plus important d'usagers, est estimé à 975 ou 6.25 usagers chroniques par 1000 habitants.

Dans le modèle d'Algoma, les services psychiatriques régionaux sont inclus parce que les résidents de la région de service auront accès à ces services hautement spécialisés lorsque nécessaire. Autrement, les services qui sont identifiés à l'intérieur de la région de service devraient, de façon générale, pouvoir satisfaire les besoins de la population.

Gestion de cas

Actuellement, beaucoup de groupes sont impliqués dans la fonction de gestion de cas. Un nouveau programme pour la gestion de cas est en développement par l'unité Sanitaire pour le district d'Algoma avec l'aide des infirmières en santé publique dans ce rôle. Ceci devrait être un bon départ pour l'augmentation requise pour atteindre un niveau de 32 à 39 responsables de gestion de cas. L'unité sanitaire et le C.G.S.M.C. pourraient travailler ensemble à l'instauration de ce programme.

APPLICATION DU MODÈLE DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE D'ALGOMA EN L'AN 2001
BASE DE POPULATION GÉNÉRALE: 155 800
POPULATION PSYCHIATRIQUE CHRONIQUE: 975

SERVICES PSYCHIATRIQUES RÉGIONAUX	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATION/ADDITION NETTE
1. UNITÉ ADULTE SÉCURITAIRE	SERVICE RÉGIONAL - 26 LITS	24 LITS ET PERSONNEL NÉCESSAIRE AU H.P.N.B.	
2. UNITÉ SPÉCIALISÉE POUR ADULTES ACCUSANT DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT MENTAL	SERVICE RÉGIONAL - 26 LITS	IL N'Y A RIEN DE FORMELLEMENT ÉTABLI DANS LE NORD-EST DE L'ONTARIO OU LE NORD-OUEST DE L'ONTARIO, CEPENDANT 18 PATIENTS EN RÉADAPTATION SPÉCIALE AU H.P.N.B. QUI SE QUALIFIERONT POUR CE GENRE DE SERVICES	UNITÉ DE 26 LITS POUR LES ADULTES QUI ONT UN RETARD DE DÉVELOPPEMENT MENTAL AVEC UN PERSONNEL DE 27 À 30 PERSONNES; IL Y A POSSIBILITÉ DE 60 À 70% D'INFIRMIÈRES PROFESSIONNELLES.
3. UNITÉ DE SOINS CONTINUS POUR ADULTES	SERVICE RÉGIONAL - 60 LITS	UNITÉ SPÉCIALE DE RÉADAPTATION DE 154 LITS ET LE PERSONNEL DU H.P.N.B.	CENTRALISATION DES 10 LITS POUR ENFANTS DANS LE NORD-EST DE L'ONTARIO SEULEMENT
4. UNITÉ D'HOSPITALISATION POUR ENFANTS	SERVICE RÉGIONAL - 10 LITS	32 LITS À ALGOMA SUDBURY POUR DESSERVIR LE NORD-EST ET LE NORD-OUEST DE L'ONTARIO PARRY SOUND, MUSKOKA ET LES ENVIRONS	
COMPOSANTES ESSENTIELLES DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DANS LA RÉGION DE SERVICE			
5. SERVICES ADULTES DANS LA COMMUNAUTÉ			
-SERVICES DE GESTION DE CAS	32-39 RESPONSABLES DE GESTION DE CAS	UNE FONCTION FRAGMENTAIRE ASSUMÉE PAR PLUSIEURS GROUPES: UNITÉ SANITAIRE DU DISTRICT RESPONSABLES DE GESTION DE CAS TRAVAILLEURS SOCIAUX DANS LES HÔPITAUX	29-36 RESPONSABLES DE GESTION DE CAS

TABLEAU 20

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRES	
		ASSOCIATION DES HANDICAPÉS MENTAUX (POUR LES PERSONNES ACCUSANT DES RETARDS DÉVELOPPEMENTAUX AVEC DEUX DIAGNOSTICS)	
		MMSC	
PROGRAMMES DE SOUTIEN À LA VIE AUTONOME (S.V.A.)	12 TRAVAILLEURS S.V.A.	RIEN	12 TRAVAILLEURS S.V.A
HÉBERGEMENT AVEC SUPPORT ÉLEVÉ/MOYEN	19 LITS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 20-25	BEGINNINGS HALF-WAY HOUSE 8 LITS AVEC UN PERSONNEL DE 3 À 4.5	2 MAISONS AVEC ONZE LITS ET UN PERSONNEL ADDITIONNEL DE 17 À 20.
HALTE ACCUEIL	2 À 4 CENTRES AVEC UN PERSONNEL DE 4 À 8 PERSONNES	CLUB 84 DE SANTÉ MENTALE SAULT STE-MARIE UN PERSONNEL DE 1.5	1 À 3 NOUVEAUX CENTRES AVEC UN PERSONNEL ADDITIONNEL DE 2.5 À 6. ET IMPLICATION IMPORTANTE DE BÉNÉVOLES
PROGRAMME D'EMPLOIS .SITE DE TRAVAIL SUPERVISÉ	1 À 2 SITES DE TRAVAIL AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 3 À 6 PERSONNES	RIEN	1 À 2 SITES DE TRAVAIL AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 3 À 6
		SERVICE D'ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT (POUR PATIENTS AVEC DEUX DIAGNOSTICS)	
.PROGRAMMES DE DÉVELOPPEMENT D'EMPLOIS	2 À 3 SURVEILLANTS DE TRAVAIL	RIEN	2 À 3 SURVEILLANTS DU TRAVAIL
.PROGRAMMES DE COUNSELING ET ASSISTANCE À L'EMPLOI	ACCÈS AU PROGRAMME POUR LES PERSONNES À HAUT POTENTIEL	CENTRE D'EMPLOI CANADA	
		EMPLOI CANADA	
		COMMISSION SCOLAIRE	
		CONSEIL DES SERVICES SOCIAUX	
		PROGRAMMES COLLÈGES COMMUNAUTAIRES	
		MSSC	
		MARCHE DES MILLIONS PROGRAMMES DE	

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		RÉADAPTATION (POUR HANDICAPÉS PHYSIQUES)	
CENTRES DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRES	LARGE ÉVENTAIL DE PROGRAMMES DE COUNSELING, D'ÉDUCATION DE PRÉVENTION ET D'AIDE PERSONNELLE REQUIS POUR SATISFAIRE LES BESOINS LOCAUX	FONCTIONS ASSUMÉES PAR UN GRAND NOMBRE DE GROUPES:	CET ÉLÉMENT EST DIFFICILEMENT QUANTIFIABLE QUANT AUX BESOINS QUI SEMBLENT ILLIMITÉS - LES PRIORITÉS DOIVENT ÊTRE ÉTABLIES PAR LA RÉGION DE SERVICE
		SERVICE DE COUNSELING D'ALGOMA NORD À WAWA - 2 PERSONNES	
		PROGRAMME MEDIREP	
		ALGOMA EST (THESSALON AND RICHARD'S LANDING)	
		ASSOCIATION DE SANTÉ DE GROUPE SAULT STE-MARIE	
		SANTÉ MENTALE ALGOMA EST - ELLIOTT LAKE (SATELLITE DE ALGOMA SUDBURY) - 2 À 3 PERSONNES	
		PROGRAMME DE CLINIQUES EXTERNES PLUMMER MEMORIAL - 5 PSYCHOLOGUES	
		CENTRES DE L'AMITIÉ POUR LES INDIENS	
		INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE ' O.N.	
		YMCA ET YWCA	
		BIG BROTHERS ET BIG SISTERS	
		TOUGH LOVE	
		CENTRE DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE - 3 PERSONNES	
		SOCIÉTÉ JOHN HOWARD	
		CENTRE DE SERVICES DE LA FAMILLE- 8 À 9 PERSONNES	

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		AMIS DES SCHIZOPHRÈNES	
		TELECARE	
		SANTÉ MENTALE - SSM	
		RECOVERY INCORPORATED	
-AUTRES SERVICES DÉVELOPPÉS LOCALEMENT		MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR SOINS SPÉCIAUX- 16 LITS DANS 5 MAISONS	ACCÈS À LA GESTION DE CAS ET S.V.A SI NÉCESSAIRE
• SERVICES ADULTES EN ÉTABLISSEMENT			
-PROGRAMME D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE	1 OU 2 PROGRAMMES FORMELS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 6 À 8	CENTRE DE CRISE MEDIREP - 2 À 3 TRAVAILLEURS	1 À 2 PROGRAMMES FORMELS AVEC 4 À 5 PERSONNES ADDITIONNELLES
		SERVICE DE CLINIQUE EXTERNE-PLUMMER MEMORIAL	ENTRAÎNEMENT POUR LES HÔPITAUX COMMUNAUTAIRES ET LES AUTRES AGENCES AVEC DES LIENS FORTS DE RÉSEAUX ET DE COMMUNICATION
		HÔPITAUX COMMUNAUTAIRES	
		CENTRES DE SERVICES DE LA FAMILLE S.S.M.	
		ALGOMA DISTRICT SEXUAL CENTRE	
		TELECARE SAULT STE-MARIE	
		SERVICE DE COUNSELING ALGOMA NORD	
		SERVICE EN SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS	
		C.A.S.	
		INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE V.O.N.	
		P.P.O.	
		OMNIPRATICIENS	
		TRAVAILLEURS AUTOCHTONES-HORNEPAYNE	

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		FOYER POUR PERSONNES ÂGÉES, MAISON DE SOINS INFIRMIERS	
		MAISON POUR SOINS SPÉCIAUX	
		SOCIÉTÉ JOHN HOWARD	
		M.S.S.C.	
		WOMEN IN CRISIS OUT-REACH	
		CHADWICK HOME	
LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES AIGUS	62 LITS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 63 À 68	36 LITS -PLUMMER MEMORIAL AVEC UN PERSONNEL DE 40 PERSONNES	16 LITS AU PLUMMER AVEC 13 À 16 PERSONNES ADDITIONNELLES
		HÔPITAL GÉNÉRAL ST-JOSEPH-ELLIOT LAKE - 7 À 9 PERSONNES	10 LITS DÉSIGNÉS À ELLIOT LAKE AVEC UN PERSONNEL ADDITIONNEL
			TOTAL DE 26 LITS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 16 À 19
PROGRAMME SATELLITE DE GÉRIATRIE	4 À 5 PERSONNES	RIEN	4 À 5 PERSONNES
SERVICES DE SOINS AMBULATOIRES	2 SERVICES FORMELS POUR SUPPORTER LES FONCTIONS DE PATIENTS HOSPITALISÉS AVEC 20.5 À 25.5 PERSONNES	TRAITEMENT DE JOUR EN RÉADAPTATION MEDIREP - 4 PERSONNES PLUS 1.5 ERGO RÉCRÉATION	2 SERVICES AVEC UNE GAMME DE PROGRAMMES DE TRAITEMENTS - 15 À 20 PERSONNES ADDITIONNELLES
SERVICE D'HÉBERGEMENT	1 OU 2 SERVICES AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 2 À 4	RIEN	1 À 2 SERVICES AVEC 2 À 4 PERSONNES AU TOTAL
7. LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES AIGUS POUR ENFANTS	10 LITS DE SOINS AIGUS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 13 À 16 PERSONNES	RIEN	10 LITS AVEC UN PERSONNEL DE 3.5 LE JOUR ET LE SOIR; 2 SOINS AUX ENFANTS, 0.5 RECRÉOLOGUE, 1 INFIRMIÈRE ET UN TRAVAILLEUR POUR LES SOINS AUX ENFANTS LA NUIT(LE PERSONNEL TOTAL 13-16 PERSONNES)
8. CENTRE DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS	21 À 22 PERSONNES	SERVICE POUR L'ENFANT ET L'ADOLESCENT À ALGOMA - 14 PERSONNES	INFIRMIÈRE EN SANTÉ PUBLIQUE À L'INTÉRIEUR DU SYSTÈME SCOLAIRE - 7 - 8 INFIRMIÈRES EN SANTÉ MENTALE DANS LES ECOLES

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
9. PSYCHIATRES	16 PSYCHIATRES	2 PSYCHIATRES, UN OMNIPRATICIEN PLEIN TEMPS, UN SPÉCIALISTE EN SANTÉ MENTALE	14 PSYCHIATRES
10. SERVICES DE DÉSINTOXICATION			
LES COMPOSANTES DU PROGRAMME INCLUENT: -BUREAU CHEF -ÉVALUATION TRANSFERT ET GESTION DE CAS -PROGRAMME DE TRAITEMENT DE JOUR -PROGRAMME APRÈS-SOINS -LITS DE DÉSINTOXICATION -RÉSIDENCE AVEC SURVEILLANCE -TRAVAILLEURS DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION COMMUNAUTAIRES	UN PROGRAMME COMPLET PAR RÉGION DE SERVICE POUR COMPLÉTER ET AUGMENTER LES SERVICES DÉJÀ EXISTANTS	AUCUN SERVICE DE CE GENRE ACTUELLEMENT HÔPITAL PLUMMER MEMORIAL SERVICE DE DESINTOXICATION - 15 LITS ET UN PERSONNEL DE 8	PROJET PILOTE POUR ALGOMA SUDBURY SUIVI DE LA CONCEPTION ET DE L'INSTAURATION DU SERVICE AVEC LE PERSONNEL REQUIS EXIGEANCE POUR ALGOMA 20 À 25 PERSONNES EN PLUS DE L'ESPACE ET DE L'ÉQUIPEMENT
SERVICES EXISTANTS		KEN BROWN RECOVERY HOME - 14 LITS ET 4 PERSONNES BRIDGEON HOUSE ARMÉE DU SALUT CENTRE CAMILLUS - ELLIOT LAKE - 5 PERSONNES (SOINS DE JOUR HOMME/FEMME) CENTRE DE RÉADAPTATION POUR L'ABUS DES DROGUES D'ALGOMA	LIENS AVEC LES PROGRAMMES COMPLETS SI NÉCESSAIRES

EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
	COUNSELING POUR FEMMES - BÉNÉVOLES	
	GÎTE SAULT STE-MARIE	
	FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA DÉSINTOXICATION SAULT STE-MARIE 3 PERSONNES	
	COUNSELING EN DÉSINTOXICATION POUR L'UNITÉ FAMILIALE - CENTRE DE VIE DE FAMILLE ELLIOTT LAKE 1.2 PERSONNES	

Les responsables de gestion de cas devraient être distribués dans la région de service en localisant la majorité des responsables de gestion de cas à Sault Ste-Marie et Elliot Lake, mais on devrait considérer également les villes de Blind River, Wawa et Hornepayne et peut être les deux régions combinées de Bruce Mines/ Thessalon. On recommande de recruter comme responsables de gestion de cas des francophones et des autochtones c'est-à-dire de 3 à 4 responsables de gestion de cas francophones et de 4 à 5 autochtones. Ce dernier groupe pourrait assurer les liens nécessaires avec les réserves et s'intéresser aux besoins spécifiques des autochtones qui vivent dans les centres urbains.

Programme de soutien à la vie autonome (S.V.A.)

Il n'y a présentement rien de défini ou de similaire à ce programme; il faudra donc recruter et entraîner les 12 travailleurs S.V.A. qui sont nécessaires. Ce groupe devrait inclure un minimum de 1 francophone et 1 autochtone.

Hébergement avec soutien élevé et moyen

La maison de transition Beginnings est un bon départ et Algoma est la seule région qui possède ce genre de ressource. On recommande deux maisons additionnelles avec le personnel nécessaire. Ces maisons devraient être localisées dans des régions qui possèdent une gamme complète de services psychiatriques. En même temps qu'on assure le développement du rôle des services internes de l'établissement d'Elliot Lake, on pourrait considérer aussi le développement d'une de ces deux maisons dans cette région.

Haltes-accueil

Le programme PAR ou Club 84 est le seul centre halte-accueil dans Algoma. Ce programme devrait continuer et les autres régions telles que celle d'Elliot Lake pourrait avoir besoin de ce service, car plus d'handicapés psychiatriques demeurent dans cette région de service. On suggère d'établir de 2 à 4 programmes parce que d'autres régions pourraient commencer à montrer des besoins pour un tel service.

Programme d'emplois

Algoma requiert une gamme de programmes d'emplois pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. On a un besoin évident pour 1 ou 2 sites de travail qui pourraient prendre la forme d'un atelier protégé ou développé de facon créative comme un programme d'haltes-accueil (similaire au modèle Progress Place). Un site de travail sera nécessaire dans Sault Ste-Marie de façon prioritaire.

Un programme d'emplois avec un personnel de 2 à 3 personnes est requis pour les candidats qui ont un bon potentiel et des liens devraient être établis entre les travailleurs de santé mentale et les organismes tels que les centres d'emploi du Canada, les commissions scolaires et les collèges communautaires.

De tels programmes sont requis pour les personnes qui ont un bon potentiel et l'accès devrait être facilité par les responsables de la gestion de cas et les surveillants au travail qui seraient déjà en contact avec le client.

Les centres de santé mentale communautaires

Dans le modèle, on a conservé le personnel qui a des fonctions dans les programmes de counseling, d'éducation, de prévention et d'aide personnelle. Cependant le C.G.S.M.C. devra considérer ces programmes dans le cadre du groupe-cible spécifique desservi selon les attentes et les résultats.

Comme il a été suggéré pour les centres de santé mentale pour les enfants, des plans clairement définis sont requis pour s'assurer que les ressources sont utilisées de façon rentable. La demande pour ces services spéciaux pourrait être infinie. Ce sera la responsabilité du C.G.S.M.C. de travailler avec le Conseil de la santé pour établir soigneusement les requêtes pour les nouveaux programmes.

Comme on aura pu le noter, plusieurs programmes existent actuellement, y compris ceux qui reçoivent du financement du M.S.S.C. et des agences bénévoles qui sont impliquées dans de tels services.

Maisons pour soins spéciaux

Les maisons pour soins spéciaux offrent la chambre, la pension et les soins de surveillance pour les malades mentaux chroniques et sont subventionnées par le ministère de la Santé. Ces maisons devraient être considérées comme une partie de la gamme des alternatives de logements disponibles dans la communauté pour les personnes qui souffrent d'incapacité mentale chronique. Les responsables de la gestion de cas travailleraient avec les propriétaires des maisons, les surintendants d'immeubles divisés en appartements pour leur procurer le soutien et l'aide pour maintenir le client à son niveau optimum de fonctionnement. Les travailleurs S.V.A. seront assignés aux résidents pour les maisons de soins spéciaux tel que requis pour le plan de traitement individuel. Il y a 5 maisons avec 16 lits dans Algoma.

Programme d'intervention en cas de crise

Le centre d'intervention en cas de crise Medirep est un service du Plummer Memorial qui devrait être développé davantage. De même l'Hôpital St-Joseph D'Elliot Lake pourrait développer un service pour compléter ses services en psychiatrie. Les programmes formels avec un personnel entraîné devraient assumer un rôle de leadership dans la formation du personnel des autres hôpitaux de la région pour assurer le service en cas de crise en santé mentale ou autres domaines. Ils devraient aussi donner de l'aide aux travailleurs en santé mentale dans les petites communautés pour les aider à développer des politiques et des procédés portant sur la crise.

Lits pour soins psychiatriques aigus

Il y a 36 lits à l'Hôpital Plummer Memorial. Cependant l'Hôpital général St-Joseph procure aussi des soins aigus. L'estimation des besoins en personnel requis est basée sur le ratio de personnel 1 à 4 de façon à pouvoir développer des estimations plus larges en personnel requis et pour établir des projections générales pour les augmentations.

D'après ce modèle, l'Hôpital Plummer Memorial a besoin de 16 lits et on suggère d'établir un service de 10 lits à Elliot Lake.

Programme satellite de gériatrie

Ce programme requiert un personnel de 4 à 5 professionnels en plus d'un psychiatre. Ce programme sera localisé à l'Hôpital Plummer Memorial avec des travailleurs du programme satellite qui iront vers les plus petites communautés pour assurer les services requis.

Services de soins ambulatoires

De tels services sont recommandés pour assurer les programmes de traitement actif et pour venir en aide aux unités de patients hospitalisés pour soins psychiatriques aigus (au Plummer et à Elliot Lake). Ce service sera disponible pour les patients qui ont à voyager pour recevoir les services, pour ceux qui restent dans les auberges et dans la commmunauté sous la direction appropriée d'un omnipraticien ou d'un psychiatre. Le programme de traitement de jour Meditep est un genre de programme qui pourrait être offert dans le cadre des soins ambulatoires.

Auberge

Une ou 2 auberges sont nécessaires pour recevoir les patients des soins ambulatoires et qui ont à parcourir une certaine distance pour recevoir les soins, mais ne requièrent aucune hospitalisation.

Lits de soins psychiatriques aigus pour enfants.

A l'heure actuelle, il n'y a aucun lit de ce genre à Algoma. On recommande 10 lits et le personnel nécessaire à être développés à l'Hôpital Plummer Memorial de Sault Ste-Marie. Comme mentionné au préalable ce service devrait apporter une amélioration importante aux services aux enfants dans chacune des régions de service. Un pédopsychiatre ou un psychiatre avec l'expérience nécessaire devrait être recruté pour ce service.

Centres de santé mentale pour les enfants

Le service pour les enfants et les adolescents d'Algoma est un élément important et une force du système de santé mentale.

On recommande les augmentations de services des centres de santé mentale pour les enfants dans toutes les régions de service par l'introduction des infirmières en santé publique qui travaillent en santé mentale à l'intérieur du système scolaire.

Psychiatres

Si on se base sur la norme de 1 psychiatre pour 10 000 de population générale, la région d'Algoma a une pénurie extrême de psychiatres. Il n'y a que 2 psychiatres en pratique à Sault Ste-Marie. Pour atteindre le nombre requis de 15 psychiatres à Algoma il faudait en ajouter 14. Cette pénurie a été mentionnée comme une très grande faiblesse dans les services actuels. Cependant, il faudrait prendre note que le modèle proposé ne dépend pas uniquemenet des psychiatres mais qu'il recommande que les omnipraticiens reçoivent l'entraînement nécessaire et deviennent capables de faire face aux besoins continus de maintien et d'aide aux personnes qui souffrent d'incapacité mentale dans leur communauté.

Services de désintoxication

Algoma a un service de désintoxication à Sault Ste-Marie et divers programmes de traitement localisés au Centre Camillus à Elliot Lake. Le modèle d'Algoma à Sudbury offre un éventail complet d'options de traitement qui devraient être introduites à Algoma pour compléter les services actuels. Les omnipraticiens ont mentionné que les services de désintoxication, une force selon eux, devraient être préservés dans le modèle.

Considérations relatives à l'implantation

Les dispensateurs de soins et les agences à Algoma ont souligné les obstacles majeurs suivants en ce qui a trait à l'implantation d'un nouveau modèle d'un service en santé mentale. Ceux-ci sont présentés par ordre de fréquence des réponses.

- 55% ont identifié le manque de financement;
- 53% le manque de communication;
- 28% le manque d'une approche planifiée;
- 18% on mentionné la distance et l'isolement;
- 15% ont pensé que les attitudes du public avaient besoin d'être changées.

Quelques-unes des activités majeures d'implantation à Algoma sont:

- l'établissement d'un C.G.S.M.C. qui utilisera l'expertise des collaborateurs clés actuels

- le renforcement de la communication et de la coopération entre les agences et les dispensateurs de soins par l'introduction du C.G.S.M.C. et des plans spécifiques pour les nouveaux services;

- l'éducation et la promotion du modèle pour préparer le public à l'introduction du modèle et à ses nouvelles composantes de service;

- la redéfinition des fonctions de traitement et de logement par les dispensateurs de soins;

- la planification et l'établissement de nouveaux lits à l'Hôpital Plummer Memorial;

- le développement d'un service de soins aigus ambulatoires en psychiatrie à Elliot Lake;

- la planification d'un service en établissement pour les enfants et le recrutement d'experts pour les enfants pour diriger les services de psychiatrie pour les enfants;

- le recrutement, au minimum, de 5 autres psychiatres;

- le recrutement spécifique et le déploiement de professionnels en santé mentale francophones dans les communautés comme Elliot Lake, la région de Blind River, et des régions de Hornepayne et Wawa; si on regarde le personnel total requis on estime que de 25 à 30 francophones ou travailleurs complètement bilingues et de 20 à 25 autochtones sont requis pour assurer la gamme des services essentiels.

* * * * *

Comme le démontre le tableau 21, le Sommaire des postes en santé mentale , Algoma a actuellement de 112 à 119 postes en santé mentale mais requiert de 258 à 305 postes dans la mise en application du modèle proposé. À cet effet, le personnel nécessaire au service en santé mentale dans Algoma va augmenter de plus du double, un coût estimé entre 9 et 11 millions par année pour le personnel.

LA REGION DE SERVICE DE COCHRANE

Comme on peut le voir au tableau 22, la région de service de Cochrane couvre une grande étendue géographique de 145 618 kilomètres carrés, s'étendant au nord bien au-delà de la région montrée sur cette carte à Moose Factory/Moosonee et Fort Albany. En grandeur, Cochrane est la plus grande des 4 régions de service définies; 3 fois la grandeur d'Algoma ou Manitoulin et Sudbury. À l'Ouest Cochrane longe Algoma et la région du Nord-Ouest pendant que la partie Sud-Est suit les régions de Sudbury et Timiskaming. Son voisin à l'est est la province de Québec.

SOMMAIRE DES POSTES EN SANTÉ MENTALE*

SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE POPULATION TOTALE GROUPE PSYCHIATRIQUE CHRONIQUE	ALGOMA 155 800 975		COCHRANE 106 700 665		MANITOULIN/SUDBURY 200 800 1 250		NIPISSING/TIMISKAMING 121 100 758		NORD-EST DE L'ONTARIO 584 400 3 648		
	ACTUEL	BESOIN	ACTUEL	BESOIN	ACTUEL	BESOIN	ACTUEL	BESOIN	ACTUEL	BESOIN	NET
PROGRAMME COMMUNAUTAIRE POUR LES ADULTES											
Gestion de cas	3	32-39	-	22-27	12	42-50	8	25-30	23	121-146	98-123
SVA	-	12	-	9	-	18	-	10	0	49	49
Hébergement avec support élevé/moyen	3-4.5	20-25	-	15-20	-	27-33	-	18-22	3-4.5	80-100	77-95.5
Halte-accueil	1.5	4-8	2	4-8	-	4-8	5	4-8	8.5	16-32	7.5-23.5
Programme d'emplois	-	5-9	-	5-9	-	5-9	10.5	5-9	10.5	20-36	9.5-25.5
Santé mentale communautaire	15-17	15-17	14-15	14-15	34-37	34-37	16-17	16-17	79-86	79-86	-
SOUS-TOTAL	22.5-26	88-110	16-17	69-88	46-49	130-155	39.5-40.5	78-96	124-132.5	365-449	241-316.5
SERVICES ADULTES EN ÉTABLISSEMENT											
Intervention en situtation de crise	2-3	6-8	-	6-8	2-3	8-11	-	6-8	4-6	26-35	22-29
Psychiatrie aiguë pour patients hospitalisés	47-49	63-68	32-33	44-48	151.7	83-86	-	50-53	230.7-233.7	239-255	8.3-21.3
Gériatrie satellite	-	4-5	-	4-5	-	6-8	-	4-5	0	18-23	18-23
Soins ambulatoires	5.5	20.5-25.5	0	10-15	4-5	15-20	-	15-20	9.5-10.5	60.5-80.5	51-70
Hébergement	-	2-4	-	2-4	-	2-4	-	2-4	0	8-16	8-16
Sous-total	54.5-57.5	95.5-110.5	32-33	66-80	157.7-159.7	113-129	0	77-90	244.2-250.2	351.5-409.5	107.3-159.3
PSYCHIATRIE AIGUË POUR LES ENFANTS	-	13-16	-	13-16	-	26-32	-	13-16	0	65-80	65-80
SERVICES COMMUNAUTAIRES POUR LES ENFANTS	14	21-22	25	31-33	26	36-41	15.3	22.3-23.3	80.3	110.3-119.3	30-39
SOUS-TOTAL: ENFANTS	14	34-38	25	44-49	26	62-73	15.3	35.3-39.3	80.3	175.3-199.3	95-119
SERVICES DE DÉSINTOXICATION	21.2	41.2-46.2	21.5-22.5	41.5-47.5	27.5	63.5-67.5	22.1	42.1-47.1	92.3-93.3	188.3-208.3	96-115

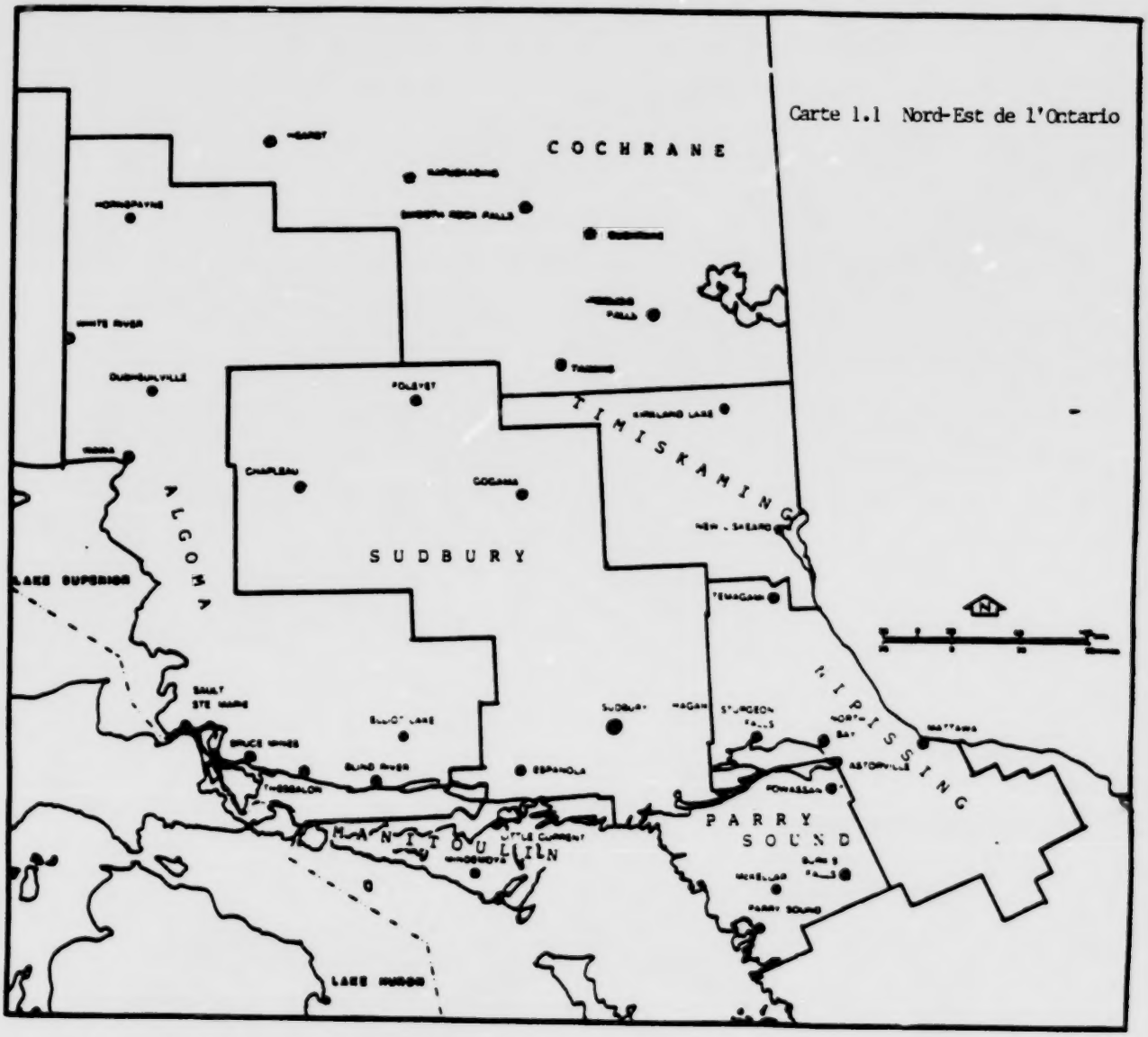
TABLEAU 21

SOMMAIRE DES POSTES EN SANTÉ MENTALE*

SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE POPULATION TOTALE GROUPE PSYCHIATRIQUE CHRONIQUE	ALGOMA 155 800 975		COCHRANE 106 700 665		MANITOULIN/SUDBURY 200 800 1 250		NIPISSING/TIMISKAMING 121 100 758		NORD-EST DE L'ONTARIO 584 400 3 648		
	ACTUEL	BESOIN	ACTUEL	BESOIN	ACTUEL	BESOIN	ACTUEL	BESOIN	ACTUEL	BESOIN	NET
TOTAL RÉGION DE SERVICE	112.2-118.7	258.7-304.7	94.5-97.5	220.5-264.5	257.2-262.2	368.5-424.5	76.9-77.9	232.4-272.4	540.8-556.3	1080.1-1266.1	539.3-709.8
SERVICES RÉGIONAUX											
Psychiatrie adulte									478	245	(233)
Psychiatrie pour les enfants									127	13-16	(111-114)
TOTAL: RÉGIONAL									605	258-261	(344-347)
GRAND TOTAL	112.2-118.7	258.7-304.7	94.5-97.5	220.5-264.5	257.2-262.2	368.5-424.5	76.9-77.9	232.4-272.4	1145.8-1162.3	1338.1-1527.1	195.3-364.8

TABLEAU 21

NORD-EST DE L'ONTARIO: RÉGION DE SERVICE DE COCHRANE



Carte 1.1 Nord-Est de l'Ontario

En 1981, Cochrane avait une population de 96 875. La densité de la population est donc de 0.7 résidents par kilomètre carré. On prévoit que le nombre de résidents de Cochrane va augmenter de 10%, soit jusqu'à 106 669, en l'an 2001. Les centres principaux de population à Cochrane sont:

- Timmins avec une population de 46 114 ou 47.6 % de tous les résidents de Cochrane;
- Kapuskasing avec 12 014 résidents ou 12.4% de la population;
- Iroquois Falls avec une population de 6 339 ou 6.5 %; et
- Hearst avec 5 553 ou 5.7% de la population.

Dans le rapport sur les services en santé mentale du Conseil régional de la santé de Cochrane, on a signalé plusieurs autres centres principaux de service avec les régions immédiates qui ont été ajoutées à certains de ces centres urbains, ce qui donne:

- le Centre de service de Kapuskasing avec 16 500;
- le Centre de service de Hearst avec 9 500;
- le Centre de service de Cochrane avec 7 500;
- le Centre de service de Moosonee avec approximativement 4 000 résidents;
- le Centre de service de Smooth Rock Falls avec 3 500.

On a signalé les différences en ce qui a trait à l'âge, à la langue maternelle etc. Dans les régions telles que définies plus haut. L'alcoolisme a été signalé comme un problème majeur.

Pour les résidents, la région connue sous le nom de Cochrane Nord inclut les villes de Kapuskasing, Hearst et Smooth Rock Falls pendant que Cochrane Sud, de façon générale, se rapporte plus à Timmins et Iroquois Falls. Cochrane a le plus haut taux de population rurale parce que 1 résident sur 3 vit à l'extérieur des centres urbains, ce qui rend la planification particulièrement difficile pour cette région.

À la différence des autres régions de service du Nord-Est, Cochrane est principalement francophone avec 48% ou 46 460 résidents qui ont indiqué le français comme langue maternelle. Ceux dont l'anglais est la langue maternelle représentent 44% pendant que 8% ont rapporté une autre langue. Cochrane a trois réserves d'autochtones avec 2 018 résidents.

Les taux de participation à la population active situent Cochrane dans la moyenne pour les régions du Nord-Est avec 75% des hommes et près de 45% des femmes sur le marché du travail.

Cependant, ces chiffres sont notamment plus bas que ceux qu'on rapporte pour toute la province soit 79.8% pour les hommes et 55.2% pour les femmes. Quant à la moyenne de salaires pour les hommes et pour les femmes elle est la même que celle que l'on retrouve dans le Nord-Est et meilleure que celle rapportée pour Nippissing et Timiskaming.

Les résidents de Cochrane ont moins d'éducation que partout ailleurs dans le Nord-Est; 26% des résidents âgés de 15 et plus ont moins d'une 9è année.

Dispensateurs principaux en santé mentale

Les hôpitaux

Tel que discuté dans l'analyse de l'utilisation, le principal hôpital désigné à Cochrane est l'Hôpital général St.Mary's à Timmins. Avec ses 20 lits pour soins psychiatriques aigus il est placé au 5è rang dans le nombre de congés et de jours-patient, et en moyenne, le taux d'utilisation excède de beaucoup la capacité désignée en lits, v.g. 27 lits sont employés. Les plans pour un nouvel hôpital régional à Timmins prévoient 60 lits de psychiatrie.

Le territoire desservi par l'Hôpital général St.Mary's touche principalement la région de service de Cochrane. D'autres hôpitaux communautaires sans lit désigné mais qui jouent un rôle significatif dans le traitement en psychiatrie, englobent l'Hôpital Sensenbrenner de Kapuskasing, et utilisent une moyenne de 6 à 7 lits pour les personnes qui ont un diagnostic psychiatrique et l'Hôpital Notre-Dame de Hearst qui emploie 2 à 3 lits pour ce genre de soins. Ces deux hôpitaux dans Cochrane Nord ont 362 congés ou près de 25% de ce qu'on retrouve à Cochrane en 1984/1985.

Les données qui ont trait aux congés montrent que Cochrane est passablement autosuffisante pour subvenir aux besoins de services psychiatriques en établissements de ses résidents; 86.1% des congés de Cochrane en 1984/1985 provenaient des hôpitaux de Cochrane. L'Hôpital psychiatrique de North Bay a traité 9.4% des cas, pendant que le Sanatorium Homewood en a traité 2.3%. Peu de résidents de Cochrane ont reçu leur congé des hôpitaux en d'autres parties du Nord-Est. Il est intéressant de noter cependant, que 40% des omnipraticiens qui ont répondu au questionnaire ont dit qu'ils dirigeaient leurs patients vers l'Hôpital psychiatrique de North Bay pendant que seulement 28% les dirigeaient directement aux psychiatres de l'Hôpital général St.Mary's.

Comme on peut le voir au tableau 23, l'Hôpital général St.Mary's et l'Hôpital Sensenbrenner de Kapuskasing traitent le plus grand pourcentage de personnes qui souffrent de schizophrénie ou de psychoses affectives, qu'on qualifie dans cette étude d'handicapés chroniques, le plus grand groupe d'usagers. Un patient sur 3 à St.Mary's avait un diagnostic de troubles neurotiques. En tout, 26.6% des congés des hôpitaux de Cochrane sont pour des troubles neurotiques.

L'alcoolisme est un secteur ou plusieurs hôpitaux ont un rôle à jouer. Plus de 25% des congés de Cochrane l'étaient pour abus d'alcool ou de drogue; ceci inclut 40% des congés de l'Hôpital Lady Minto 32% de l'Hôpital général Porcupine et presque 30% des congés psychiatriques à l'Hôpital général Moose Factory qui était pour l'alcoolisme.

Programmes de santé mentale communautaires subventionnés

On retrouve à Cochrane un bon nombre de programmes subventionnés de façon formelle.

* **Le programme Mid-Step (Timmins)**

  Localisé à l'Hôpital général St.Mary's, le programme Mid-Step offre une variété de programmes de traitement de jour, comme par exemple la thérapie de petits groupes, l'entraînement aux habiletés de la vie, les activités communautaires, les exercices de relaxation, la musicothérapie et l'art ainsi que l'éducation aux loisirs pour des groupes de 8 à 10 personnes qui se rencontrent 4 jours par semaine.

* **Le programme Lifeline (Timmins)**

  Le bureau de Timmins de L'Association canadienne pour la santé mentale, a établi ce programme de halte-accueil pour les adultes qui souffrent de maladies mentales chroniques. Ce programme consiste essentiellement en un fort appui de bénévoles de personne à personne pour aider les individus à se réajuster à la vie communautaire. La récréation sociale procure des activités et des entraînements aux habiletés de vie.

* **Centre de counseling Minto (Cochrane)**

  C'est une clinique de santé mentale communautaire dirigée par l'Hôpital Lady Minto. Les services directs que procure cet organisme incluent les évaluations, le counseling à court terme et à long terme, les services après-soins, les consultations aux autres agences et les demandes de consultation en psychiatrie une fois par mois avec les psychiatres du Sanatorium Homewood.

  On offre aussi l'éducation et les consultations aux agences. Un lien étroit avec les autres agences a été établi pour assurer la coordination locale des services.

  Ces services ont comme groupe cible les adultes et quelques adolescents de 16 à 18 ans qui vivent seuls.

COCHRANE

CONGÉS 1984/1985 DU % TOTAL DE L'HÔPITAL

		GÉNÉRAL STE-MARIE	NOTRE-DAME HEARST	SENSENBRENNER KAPUSKASING	GÉNÉRAL PORCUPINE	GÉNÉRAL BINGHAM	SMOOTH ROCK FALLS	LADY MINTO	GÉNÉRAL ANSON	MOOSE FACTORY	TOTAL COCHRANE
290	Démence sénile et pré-sénile	2.7	0.0	0.0	5.9	4.0	0.0	1.1	3.6	0.0	1.8
291	Psychose due à l'alcool	4.0	0.0	0.7	2.9	0.0	0.0	1.6	0.0	6.5	2.6
292	Psychose due aux drogues	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.4
293/4	Autres psychoses organiques	0.8	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	1.6	2.4	0.0	0.8
295	Schizophrénie	12.1	4.3	11.9	4.4	12.0	2.9	6.0	3.6	9.8	9.6
296	Psychose affective	13.6	6.5	7.8	4.4	0.0	2.9	5.5	1.2	3.3	8.7
297	État de paranoïa	1.8	1.1	0.7	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	1.0
298/9	Autres psychoses non-organiques	2.0	3.2	3.0	8.8	4.0	0.0	2.7	4.8	4.3	3.0
300	Désordres d'ordre neurotique	32.9	21.5	26.0	20.6	44.0	26.5	17.5	25.0	12.0	26.6
301	Désordres de la personnalité	2.3	1.1	4.5	0.0	0.0	0.0	6.0	0.0	4.3	2.9
303	Alcoolisme	13.8	22.6	10.4	32.4	16.0	20.6	39.9	31.0	27.2	19.9
304/5	Abus des drogues et dépendance	1.8	15.1	9.7	1.5	12.2	8.8	7.7	2.4	8.7	5.7
308	Réaction aiguë au stress	0.5	0.0	0.7	4.4	0.0	0.0	0.0	0.0	3.3	0.8
309	Réaction d'ajustement	1.8	3.2	3.0	0.0	4.0	0.0	0.5	0.0	8.7	2.2
313	Déséquilibre émotionnel de l'enfance et l'adolescence	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
302/6/7/10/11/12/16	Autres désordres non-psychotiques	8.4	20.4	20.8	14.7	4.0	35.3	8.7	26.2	9.8	13.5
314	Syndrome hyperkinétique de l'enfance	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
315	Retard spécifique du développement	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	0.1
317/8/9	Retard mental	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.3
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

TABLEAU 23

Source: Centre de traitement des données, ministère de la Santé de l'Ontario

* **Service en santé mentale communautaire Sensenbrenner (Kapuskasing)**

  Dirigé par le Comité aviseur en santé mentale, ce service se rapporte au Conseil d'administration de l'Hôpital de Sensenbrenner. Il est financé comme une clinique de santé mentale communautaire et offre une variété de programmes comme du counseling à court terme et à long terme, des services d'évaluation et de consultation, d'éducation du public, ainsi que de développement communautaire. Les bureaux sont situés à Kapuskasing, Hearst, et Smooth Rock Falls et desservent une population de 27 500.

* **Services en santé mentale pour la région de Moosonee**

  L'Hôpital Moose Factory, subventionné par le gouvernement fédéral, offre des services de santé mentale pour adultes. Le service, (avec l'appui de psychiatres itinérants de l'Université Western de l'Ontario) est destiné aux besoins des Indiens des traités.

Services de désintoxication

Il y a un bon nombre de services de désintoxication disponibles dans la région de service de Cochrane:

* **Maison Renaissance Inc. (Hearst)**

  La maison Renaissance offre un programme de réadaptation contre l'abus de l'alcool et des drogues en résidence de 28 jours pour les hommes et les femmes francophones et qui est basé sur le modèle des Alcooliques Anonymes. Ce service offre 7 lits.

* **North Cochrane Addiction Services Inc. /Service de Toxicomanie Inc. Cochrane Nord (bureau chef: Kapuskasing)**

  Ce programme offre des services de consultation et d'évaluation pour l'alcool et les drogues. Son premier rôle est d'évaluer les besoins de la personne, de préparer un plan de traitement et de diriger la personne vers les centres de traitement appropriés ou les groupes de soutien. Le programme offre aussi l'éducation du public et le développement communautaire.

* **Fondation de la recherche sur la toxicomanie (Timmins)**

  La Fondation pour la recherche sur la toxicomanie joue un rôle important dans les activités reliées à la promotion de la santé mentale, au transfert aux agences appropriées et aux activités de planification, de coordination et de recherche.

Les autres collaborateurs des services de désintoxication incluent le programme Cor Jesu à Timmins, et le programme national contre l'abus des drogues et de l'alcool pour les autochtones à Moose Factory, un programme subventionné par le fédéral.

Services pour les enfants

Les services les plus importants pour les enfants dans la région de service de Cochrane sont:

* **les services pour enfants et adolesccents de Cochrane Sud (centre de santé mentale pour les enfants);**
* **le Centre de développement des enfants et des adolescents à Kapuskasing (centre de santé mentale pour les enfants);**
* **service de santé mentale pour les enfants de Moosonee;**
* **Société de l'Aide à l'enfance de Porcupine et de la région.**

* * * * *

Comme mentionné dans le questionnaire sur la santé mentale, plusieurs autres groupes et agences ont un rôle à jouer en santé mentale; les commissions scolaires, les programmes financés par le M.S.S.C. ainsi que le Centre de counseling familial de Timmins Inc, l'Habitat Interlude Crisis Housing, les églises, les unités sanitaires et le Centre de ressources Cochrane Timiskaming.

Les organismes de planification

Cochrane possède un Conseil régional de la santé avec un sous-comité actif en santé mentale. De même, le ministère des Services correctionnels et le Conseil de Muskegog Cree, Constance Lake Band et le Mooses Factory Band rapportent qu'ils jouent un rôle important dans la planification des services de soins en santé mentale pour les groupes spéciaux. Les groupes locaux de l'A.C.F.O. ont aussi des activités de promotion et de prévention. Ceci met l'accent sur le besoin d'intégrer de tels groupes dans les C.G.S.M.C. qui sont en cours de développement à Cochrane.

Forces et faiblesses

Le taux de réponses au questionnaire et la participation aux entrevues a été de 34% chez les omnipraticiens et de 44% pour les hôpitaux, les agences communautaires et les autres groupes. À Cochrane un omnipraticien sur 4 a rapporté qu'il est impliqué dans le service de santé mentale.

Ceci est beaucoup plus haut que le 16% qu'on rencontre à Manitoulin et Sudbury ou Nippissing et Timiskaming et indique un plus haut taux d'implication des omnipraticiens dans Cochrane. Pour ce qui est des services offerts par les omnipraticiens ils incluent la consultation, la psychothérapie familiale et de l'enfant, ainsi que la gestion de la dépression chez les adolescents.

Ce qui est à remarquer pour Cochrane c'est que 46% des omnipraticiens ont rapporté que, à l'heure actuelle, il n'y a pas de forces dans les services de santé mentale; 25% ont exprimé l'opinion que les infirmières et les travailleurs sociaux sont des forces et 20% que les médecins étaient des forces. Il n'y avait pas non plus de consensus chez les 53 dispensateurs de soins et agences qui ont répondu à cette question sur les forces; 19% ou 10 groupes ont indiqué que les bonnes communications étaient des forces et un autre 11% ou 6 groupes ont mentionné l'Association canadienne pour la santé mentale comme étant une force.

Beaucoup de faiblesses ont été rapportées par les répondants. Les agences, etc. ont rapporté une pénurie de psychiatres et autres professionnels comme étant les deux plus grandes faiblesses. Quelques-unes des autres faiblesses soulignées étaient:

- le manque de lits;
- le manque de communication et de coordination;
- le manque de services pour les enfants;
- le manque de services bilingues; et
- le manque d'éducation du public.

Le manque de services, d'ateliers protégés et de logements a aussi été signalé comme des lacunes dans les services. Les omnipraticiens, dans une proportion de 39% étaient d'accord, de façon générale, avec ces faiblesses surtout celles de la pénurie des psychiatres. Cependant, 1 omnipraticien sur 3 a mentionné le manque de clarté dans les rôles des dispensateurs de soins, le manque de communication et de coordination entre ceux qui assurent actuellement les services de soins comme la deuxième plus grande faiblesse qui doit être prise en considération dans leur communauté. On doit prendre note que depuis le temps des entrevues un bon nombre de nouveaux psychiatres a été recruté pour Timmins.

Un groupe de travail régional de la santé de Cochrane travaillant en santé mentale a établi les 3 priorités de mise en application suivantes:

- le manque d'un nombre suffisant de professionnels en santé mentale, incluant les psychiatres, les travailleurs sociaux et les psychologues tant pour les services aux enfants qu'aux adultes.

- la carence de services en établissement ou dans la communauté pour les patients psychiatriques chroniques;

- le manque de services en établissement pour les enfants et adolescents qui ont des troubles psychiatriques.

Ces éléments sont pris en considération dans la mise en place du modèle qui suit.

Mise en place du modèle

Tel qu'on peut le voir dans le tableau 24 qui suit, la population de base de Cochrane qu'on utilise, est de 106 700 pour un modèle dont la mise en oeuvre complète est prévue pour l'année 2001. La population de chroniques et d'usagers principaux de services en santé mentale est estimée à 665 ou 6.25 usagers chroniques par 1000 de population générale.

On montre aussi les services régionaux de psychiatrie dans le modèle de Cochrane étant donné que les résidents auront accès à ces services hautement spécialisés quand ils seront nécessaires. Autrement, les services qui sont identifés dans la région de service vont être suffisants, de façon générale, pour rencontrer les besoins de la population.

Gestion de cas

Actuellement plusieurs groupes accomplissent la tâche de responsables de la gestion de cas. C'est une responsabilité hautement fragmentée qui incombe à des collaborateurs clés comme les infirmières en santé publique et une gamme de programmes en santé mentale communautaire subventionnés. Le responsable de la gestion de cas à plein temps qui est proposé dans ce modèle va compléter les fonctions actuelles avec l'addition de 22 à 27 nouveaux postes. Ces responsables de gestion de cas devraient aller dans la région de Cochrane si on prend en considération le grand nombre de francophones dans cette région. Les cités et les villes comme Cochrane, Hearst, Smooth Rock Falls et Iroquois Falls devraient toutes avoir des responsables de la gestion de cas capables de travailler directement avec les services psychiatriques désignés qui seront établis à Cochrane Nord au nouvel hôpital régional de Timmins.

Basé sur les données démographiques, on recommande que 11 à 13 (approximativement 50%) des responsables de la gestion de cas soient francophones ou parfaits bilingues et que 4 responsables de la gestion de cas soient des autochtones et soient capables d'établir les liens nécessaires avec les réserves et s'occuper des besoins spécifiques des autochtones qui vivent dans les villes.

Programme de soutien à la vie autonome (S.V.A.)

Il n'y a rien de défini et proposé pour ce programme. Quelques habiletés de la vie sont enseignées par les travailleurs en programmes Mid-Step de l'Hôpital général St.Mary's à Timmins et ceci pourrait constituer un point de départ pour développer un programme similaire pour Cochrane. 9 travailleurs S.V.A. à temps plein sont recommandés incluant 4 francophones et 1 autochtone.

APPLICATION DU MODÈLE DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE COCHRANE EN L'AN 2001
BASE DE POPULATION GÉNÉRALE: 106 700
POPULATION PSYCHIATRIQUE CHRONIQUE: 665

SERVICES PSYCHIATRIQUES RÉGIONAUX	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATION/ADDITION NETTE
1. UNITÉ ADULTE SÉCURITAIRE	SERVICE RÉGIONAL - 24 LITS	24 LITS ET PERSONNEL NÉCESSAIRE AU H.P.N.B.	
2. UNITÉ SPÉCIALISÉE POUR ADULTES ACCUSANT DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT MENTAL	SERVICE RÉGIONAL - 26 LITS	IL N'Y A RIEN DE FORMELLEMENT ÉTABLI DANS LE NORD-EST DE L'ONTARIO OU LE NORD-OUEST DE L'ONTARIO, CEPENDANT 18 PATIENTS EN RÉADAPTATION SPÉCIALE AU H.P.N.B. QUI SE QUALIFIERONT POUR CE GENRE DE SERVICES	UNITÉ DE 26 LITS POUR LES ADULTES QUI ONT DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT MENTAL AVEC UN PERSONNEL DE 27 À 30 PERSONNES; IL Y A POSSIBILITÉ DE 60 À 70% D'INFIRMIÈRES PROFESSIONNELLES.
3. UNITÉ DE SOINS CONTINUS POUR ADULTES	SERVICE RÉGIONAL - 60 LITS	UNITÉ SPÉCIALE DE RÉADAPTATION DE 154 LITS ET LE PERSONNEL DU H.P.N.B.	
4. UNITÉ D'HOSPITALISATION POUR ENFANTS	SERVICE RÉGIONAL - 10 LITS	32 LITS À ALGOMA SUDBURY POUR DESSERVIR LE NORD-EST ET LE NORD-OUEST DE L'ONTARIO, PARRY SOUND, MUSKOKA ET LES ENVIRONS	CENTRALISATION DES 10 LITS POUR ENFANTS DANS LE NORD-EST DE L'ONTARIO SEULEMENT
COMPOSANTES ESSENTIELLES DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DANS LA RÉGION DE SERVICE			
5. SERVICES ADULTES DANS LA COMMUNAUTÉ			
-SERVICES DE GESTION DE CAS	22-27 RESPONSABLES DE GESTION DE CAS	AUCUN PROGRAMME DE GESTION DE CAS ÉTABLI FORMELLEMENT OU FINANCÉ - FONCTION FRAGMENTAIRE ASSUMÉE PAR PLUSIEURS GROUPES: LES INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE, V.O.N. LIFELINE PROGRAM - TIMMINS ST-MARY'S GENERAL MID-STEP PROGRAM	22-27 RESPONSABLES DE GESTION DE CAS

TABLEAU 24

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE COCHRANE (MINTO COUNSELING) SERVICE DE SANTÉ MENTALE DE KAPUSKASING LE CENTRE DE SANTÉ DE L'HÔPITAL MOOSE FACTORY SERVICE EXTERNE DE L'HÔPITAL BAIE JAMES PROGRAMME DE SOINS À DOMICILE DE PORCUPINE	
PROGRAMMES DE SOUTIEN À LA VIE AUTONOME (S.V.A.)	9 TRAVAILLEURS S.V.A.	CERTAINS ENSEIGNEMENTS D'HABILETÉS DE VIE AU PROGRAMME MID-STEP STE-MARY	9 TRAVAILLEURS S.V.A
HÉBERGEMENT AVEC SUPPORT ÉLEVÉ/MOYEN	13 LITS AVEC UN PERSONNEL DE 15-20	RIEN	13 LITS (DANS 1 OU 2 MAISONS) ET 15 À 20 PERSONNES ADDITIONNELLES
HALTE-ACCUEIL	2 À 4 CENTRES AVEC UN PERSONNEL DE 4 À 8	PROGRAMME LIFELINE CHMA/TIMMINS - PROGRAMME DE RÉCRÉATION ET D'ACTIVITÉ SOCIALE- 2 PERSONNES	1 À 3 PROGRAMMES ADDITIONNELS AVEC 2 À 6 PERSONNES EN PLUS
PROGRAMMES D'EMPLOIS -SITES DE TRAVAIL SUPERVISÉ	1 À 2 SITES DE TRAVAIL AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 3 À 6 PERSONNES	RIEN	1 À 2 SITES DE TRAVAIL AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 3 À 6
-PROGRAMMES DE DÉVELOPPEMENT D'EMPLOIS	2 À 3 SURVEILLANTS DU TRAVAIL	RIEN	2 À 3 SURVEILLANTS DU TRAVAIL
-PROGRAMMES DE COUNSELING ET D'ASSISTANCE À L'EMPLOI	ACCÈS AU PROGRAMME POUR LES PERSONNES À HAUT POTENTIEL	CENTRE D'EMPLOI CANADA COMMISSION SCOLAIRE PROGRAMME COLLÈGE COMMUNAUTAIRE CENTRE DE COUNSELING POUR LA FAMILLE	

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		MARCHE DES MILLIONS - RÉADAPTATION (POUR HANDICAPÉS PHYSIQUES)	
		AUTOCHTONES	
		CENTRE ÉDUCATIF DE LA BAIE JAMES	
PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE	LARGE ÉVENTAIL DE PROGRAMMES DE COUNSELING, D'ÉDUCATION, DE PRÉVENTION ET D'AIDE PERSONNELLE REQUIS POUR SATISFAIRE LES BESOINS LOCAUX	FONCTIONS ASSUMÉES PAR UN GRAND NOMBRE DE GROUPES:	CET ÉLÉMENT EST DIFFICILEMENT QUANTIFIABLE QUANT AUX BESOINS QUI SEMBLENT ILLIMITÉS - LES PRIORITÉS DOIVENT ÊTRE ÉTABLIES PAR LA RÉGION DE SERVICE
		TELECARE - TIMMINS	
		PROGRAMME MID-STEP -STE-MARY'S - 5 PERSONNES	
		CENTRE DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE SENSENBRENNER - 4 À 5 PERSONNES	
		CENTRE DE COUNSELING MINTO - COCHRANE - 3 PERSONNES	
		CENTRE DE COUNSELING FAMILIAL - TIMMINS - 2 PERSONNES	
		CLINIQUE SATELLITE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX SENSENBRENNER À HEARST/SMOOTH ROCK FALLS	
		LES INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE - V.O.N.	
		LES OMNIPRATICIENS	
		L'ACFO	
		HÔPITAUX COMMUNAUTAIRES	
		QUELQUES ÉGLISES	
		L'ASSOCIATION PSYCHIATRIQUE COMMUNAUTAIRE - TIMMINS	

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		ASSOCIATION DES HANDICAPÉS MENTAUX	
		AUTOCHTONES	
6. SERVICES AUX ADULTES EN ÉTABLISSEMENT -PROGRAMME D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE	1 OU 2 PROGRAMMES FORMELS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 6 À 8	RÔLE ASSUMÉ PAR UN BON NOMBRE DE GROUPES: INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE, V.O.N. L'ASSOCIATION POUR LES HANDICAPÉS MENTAUX PROGRAMMES DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS C.A.S. P.P.O. OMNIPRATICIENS CENTRE DE RESSOURCES FAMILIALES - MATHESON FOYERS POUR PERSONNES ÂGÉES- MAISONS DE SOINS INFIRMIERS DÉPARTEMENT DE SERVICE SOCIAL HÔPITAUX COMMUNAUTAIRES ASSOCIATION PSYCHIATRIQUE COMMUNAUTAIRE DIVERS GROUPES D'AIDE PERSONNELLE TELECARE - TIMMINS HABITAT INTERLUDE	ÉTABLISSEMENT DE PROGRAMMES À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE TIMMINS (ET L'HÔPITAL DE COCHRANE NORD) AVEC UN TOTAL DE 6 À 8 PERSONNES ENTRAÎNEMENT POUR LES HÔPITAUX COMMUNAUTAIRES ET LES AUTRES AGENCES QUI ONT DES LIENS FORTS DE RÉSEAUX ET DE COMMUNICATION

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		REPRÉSENTANTS DES AUTOCHTONES	
LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES AIGUS	43 LITS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 44 À 48	20 LITS - HÔPITAL STE-MARY'S 32 À 33 PERSONNES, 2 LITS DÉSIGNÉS À L'HÔPITAL NOTRE DAME DE HEARST	13 LITS AU NOUVEL HÔPITAL RÉGIONAL DE TIMMINS AVEC 12 À 15 PERSONNES 10 LITS DESIGNÉS À L'HÔPITAL DE COCHRANE NORD
PROGRAMME SATELLITE DE GÉRIATRIE	4 À 5 PERSONNES	RIEN DE FORMEL	4 À 5 PERSONNES
SERVICES DE SOINS AMBULATOIRES	2 SERVICES FORMELS POUR SUPPORTER CHACUN LES PATIENTS HOSPITALISÉS AVEC 10 À 15 PERSONNES	PLUSIEURS PROGRAMMES DE L'HÔPITAL AVEC CECI COMME FONCTION ET COMME UN DE CES RÔLES: MID-STEP CENTRE DE COUNSELING MINTO SERVICES DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRES SENSENBRENNER	2 SERVICES AVEC UNE GAMME DE PROGRAMMES DE TRAITEMENTS - ET UN PERSONNEL DE 10 À 15
SERVICE D'HÉBERGEMENT	1 OU 2 SERVICES AVEC 2 À 4 PERSONNES	RIEN	1 À 2 SERVICES AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 2 À 4 PERSONNES
7. LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES AIGUS POUR ENFANTS	10 LITS DE SOINS AIGUS AVEC 13 À 16 PERSONNES	RIEN	10 LITS AVEC UN PERSONNEL DE JOUR ET DE SOIR DE 3.5 ; 1 INFIRMIÈRE, 2 PERSONNES EN SOINS POUR ENFANTS, 0.5 RÉCRÉOLOGUE; 1 INFIRMIÈRE ET UN TRAVAILLEUR DE SOINS AUX ENFANTS LA NUIT(13 À 16 PERSONNES AU TOTAL)
8. CENTRE DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS	PERSONNEL TOTAL: 31 - 33	SERVICE POUR L'ENFANT ET L'ADOLESCENT DE COCHRANE-SUD - 14 PERSONNES CENTRE DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT	INFIRMIÈRE EN SANTÉ PUBLIQUE À L'INTÉRIEUR DU SYSTÈME SCOLAIRE - 6 - 8 INFIRMIÈRES EN SANTÉ MENTALE DANS LES ÉCOLES

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		SERVICE DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS DE MOOSONEE-1 TRAVAILLEUR	
9. PSYCHIATRES	10 PSYCHIATRES	4 PSYCHIATRES LOCALEMENT AVEC L'AIDE DE PSYCHIATRES DE L'EXTÉRIEUR v.g. LONDON	6 PSYCHIATRES
10. SERVICES DE DÉSINTOXICATION LES COMPOSANTES DU PROGRAMME INCLUENT: -BUREAU CHEF -ÉVALUATION TRANSFERT ET GESTION DE CAS -PROGRAMME DE TRAITEMENT DE JOUR -PROGRAMME DE SOINS AMBULATOIRES -PROGRAMME APRÈS-SOINS -LITS DE DÉSINTOXICATION -RÉSIDENCE AVEC SURVEILLANCE -TRAVAILLEURS DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION COMMUNAUTAIRES	UN PROGRAMME COMPLET PAR RÉGION DE SERVICE POUR COMPLÉTER ET AUGMENTER LES SERVICES DÉJÀ EXISTANTS	AUCUN SERVICE DE CE GENRE EN CE MOMENT	PROJET PILOTE POUR ALGOMA SUDBURY SUIVI DE LA CONCEPTION ET DE L'INSTAURATION DU SERVICE AVEC 20 À 25 PERSONNES EN PLUS DE L'ESPACE, DE L'ÉQUIPEMENT ET DES LITS DE DÉSINTOXICATION LIENS AVEC LES PROGRAMMES COMPLETS SI NÉCESSAIRES
SERVICES EXISTANTS		MAISON RENAISSANCE - HEARST 3.5 PERSONNES COUNSELING - SERVICES DE DÉSINTOXICATION COCHRANE NORD - 3 PERSONNES FONDATION POUR LA RECHERCHE SUR L'ALCOOLISME ET LA DÉPENDANCE AUX DROGUES - TIMMINS - 3 PERSONNES PROGRAMME NATIONAL D'ABUS DES DROGUES ET DE L'ALCOOLISME POUR LES AUTOCHTONES - MOOSE FACTORY (FÉDÉRAL) COR JESU - TIMMINS - 5 À 6 PERSONNES RECHERCHE EN DÉSINTOXICATION - SERVICES DE GESTION DE CAS DE COCHRANE SUD, 3 PERSONNES SERVICE DE TOXICOMANIE KAPUSKASING, 4 PERSONNES	

Logement avec soutien élevé et moyen

La création de logements a toujours été un problème historique dans la ville de Timmins, les seuls lits de traitement psychiatrique désignés se trouvant à l'Hôpital général St.Mary's.

Ce modèle suggère qu'on établisse 1 ou 2 maisons avec 13 lits pour la région de service de Cochrane. Ces lits peuvent être situés à Timmins où le zonage crée certains problèmes ou ailleurs. Ces services pourraient être localisés à Cochrane Nord avec le soutien de l'Hôpital de Cochrane Nord qui développe un service désigné et des services complets de soins ambulatoires. L'utilisation de ces lits sera déterminée par le C.G.S.M.C. en tenant compte des problèmes de zonage.

Halte-accueil

Le programme Lifeline de Timmins offre des programmes à caractère social ou récréatif et est le seul halte-accueil dans la région de service de Cochrane. Ce programme devrait continuer et les autres régions qui ont des malades mentaux chroniques devraient considérer l'établissement de ces programes. On recommande de 2 à 4 centres pour permettre le développement de ces nouveaux programmes.

Programme d'emploi

Cochrane requiert une gamme de programmes d'emploi pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. On a besoin de 1 ou 2 sites de travail qui peuvent être sous la forme d'ateliers protégés ou développés de façon créative comme un programme halte-accueil (semblable au modèle Progress Place). Un site de travail sera vraisemblablement requis à Timmins et de façon prioritaire.

De même, un programme de création d'emplois avec un personnel de 2 ou 3 personnes est requis. Pour les candidats à haut potentiel, des relations devraient être développées entre les travailleurs de santé mentale et les organisations existantes comme les Centres d'emploi du Canada, les commissions scolaires, les programmes des collèges communautaires, la Marche des millions, le programme de réadaptation professionnelle de Cochrane. De même, les responsables de gestion de cas autochtones devraient travailler directement avec le Centre d'éducation Bands et de la Baie James pour développer des programmes additionnels pour les autochtones aux prises avec des problèmes identifés de santé mentale.

Centre de santé mentale communautaire

Le personnel actuel qui accomplit des fonctions de counseling, d'éducation, de prévention, d'aide de soi est conservé dans ce modèle. Le C.G.S.M.C. devra considérer ces programmes dans le contexte des groupes cibles spécifiques desservis et à la lumière des attentes et des résultats.

Comme suggéré pour les centres de santé mentale pour les enfants, des plans clairement définis sont requis pour assurer que les ressources sont utilisées de façon rentable. Les demandes pour de tels services pourraient être infinies et ce sera la responsabilité du C.G.S.M.C. de travailler de concert avec le C.R.S. afin d'établir des priorités quant aux nouveaux programmes, à la lumière de ce que les autres groupes et les agences bénévoles font.

Il est à noter qu'il y une gamme étendue de programmes incluant les agences bénévoles, les programmes subventionnés par le M.S.S.C. et les agences bénévoles impliquées dans les programmes de santé mentale communautaire.

Programmes d'intervention en situation de crise

A Cochrane, il n'y a pas de service d'intervention en situation de crise en établissement et subventionné de façon formelle. Ce rôle est joué par plusieurs groupes et agences dans la région de service. Les hôpitaux, les infirmières en santé publique, les programmes de santé mentale communautaire, les dispensateurs de services pour les enfants, la police et les omnipraticiens rapportent qu'ils ont un rôle à jouer dans les crises. Certains programmes en place sont dirigés vers les besoins aigus de logement des femmes et de leurs enfants incluant le Centre de ressources familiales à Matheson et Habitat Interlude à Kapuskasing.

On recommande l'établissement de 1 ou 2 programmes formels à Cochrane et à l'Hôpital général St.Mary's. Il faut développer un tel service aussi à l'Hôpital de Cochrane Nord qui devient l'autre ressource désignée pour le service de psychiatrie.

Le personnel des programmes établis devrait assumer des rôles de leadership dans l'éducation de l'ensemble du personnel hospitalier de la région de service pour qu'on puisse faire face aux crises dont celles en santé mentale. Ils peuvent apporter de l'assistance aux travailleurs en santé mentale dans les petites communautés pour le développement des politiques et des procédures en cas de crises.

Comme on peut le voir au tableau 24, plusieurs dispensateurs de soins et agences font face aux crises en santé mentale et pourraient bénéficier de relations de travail fortes avec les programmes formels d'intervention en cas de crises.

Lits de soins psychiatriques aigus

Il y a présentement 20 lits de soins psychiatriques aigus à l'Hôpital général St.Mary's. Ce service a besoin d'un total de 43 lits, d'après ce modèle, 33 lits recommandés pour le nouvel hôpital régional de Timmins et un service de 10 lits recommandé pour l'autre centre de North Cochrane.

Programme satellite de gériatrie

En plus d'un psychiatre, ce programme requiert 4 ou 5 professionnels. Le programme sera probablement localisé à l'Hôpital général St.Mary's ou au nouvel hôpital régional de Timmins où la fonction satellite assurée par les travailleurs itinérants servirait à assurer les services aux plus petites communautés.

Une autre option est qu'un spécialiste en gériatrie soit affecté à un hôpital de Cochrane Nord ayant un service désigné.

Les services de soins ambulatoires

On recommande que de tels services offrent des programmes de traitements actifs pour soutenir les unités de patients psychiatriques (à l'Hôpital de St.Mary's ou au nouvel hôpital) et à l'Hôpital de Cochrane Nord, qui sera choisi. Ils seront disponibles aux patients qui doivent se déplacer pour recevoir ces services de même que pour ceux qui demeurent en hébergement.

Le Centre de counseling Mid-Step Minto et les services de santé mentale communautaires de Sensenbrenner offrent actuellement certains des services qui pourraient être offerts par un service complet de soins ambulatoires.

Auberge

1 ou 2 auberges sont requises pour les patients qui ont à parcourir une certaine distance pour recevoir des soins sur une base externe mais ne nécessitent pas l'hospitalisation.

Soins psychiatriques aigus pour les enfants

Ces lits n'existent pas actuellement à Cochrane. On recommande 10 lits avec le personnel nécessaire à l'Hôpital de Timmins ou à courte distance. Tel que discuté au préalable, ce service est une amélioration importante aux services pour les enfants dans la région de service. Un pédopsychiatre ou un psychiatre avec expérience dans le travail avec les enfants devrait être recruté pour qu'on puisse offrir ce service.

Centres de santé mentale pour les enfants

Le Service pour les enfants et les adolescents de Cochrane Sud et le Centre de développement pour les enfants et les adolescents de Kapuskasing sont des éléments et forces importants dans le système actuel de santé mentale. On suggère d'augmenter ces services dans les centres de santé mentale pour les enfants dans toutes les régions de service par l'intégration des infirmières en santé publique qui travaillent en santé mentale à l'intérieur du système scolaire.

Psychiatres

Sur la base de 1 psychiatre par 10 000 de population générale, Cochrane a une pénurie extrême de psychiatres. Il n'y a que 4 psychiatres qui pratiquent à Timmins mais quelques psychiatres itinérants de London les

aident. Six autres psychiatres sont requis pour ramener Cochrane au nombre total de 10. Cette pénurie a été signalée comme une faiblesse majeure des services actuels. Cependant on doit noter que le modèle proposé ne dépend pas spécialement des psychiatres mais recommande que les omnipraticiens reçoivent l'entraînement et le perfectionnement nécessaires pour faire face aux besoins de maintien continu des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques chroniques dans leur communauté. Au moins la moitié des psychiatres devraient être parfaits bilingues ou francophones.

Services de désintoxication

Cochrane a plusieurs services de désintoxication qui offrent des programmes d'évaluation et de traitement comme la Maison Renaissance à Hearst, les services de désintoxication de Cochrane Nord, Cor Jesu et le programme national contre l'abus des drogues et de l'alcool chez les autochtones. Le modèle proposé pour Algoma Sudbury offre un éventail complet d'alternatives de traitement qui pourrait être introduit à Cochrane pour compléter les services actuels. Un tel service pourrait être localisé à Timmins. La moitié de tous les postes devraient être dotés de travailleurs francophones.

Considérations de la mise en place

Les dispensateurs de soins et les agences à Cochrane ont souligné les obstacles majeurs suivants dans la mise en application d'un nouveau modèle de service en santé mentale. Ceux-ci son groupés par ordre de fréquence.

- 50% ont mentionné le manque de financement;
- 40% ont signalé une pénurie du personnel;
- 30% ont rapporté la distance et l'isolement;
- 17% ont mentionné le manque de communications comme problème; et
- 17% ont mentionné le manque de services.

Quelques-unes des activités principales de mise en place à Cochrane sont:

- l'établissement d'un C.G.S.M.C. capable de composer avec des rivalités traditionnelles et la compétition entre les services aux communautés et de renforcir les liens de communication et de coopération entre les agences et les dispensateurs de soins;
- l'intégration des services actuels en santé mentale sous le C.G.S.M.C. tout en préservant les forces existantes;
- des relations de travail doivent être établies entre les groupes autochtones et les représentants fédéraux (département des Affaires du Nord) pour la considération conjointe des besoins spéciaux en santé mentale des autochtones;

- les activités d'éducation et de promotion du modèle de façon à préparer le public pour le modèle et ses nouvelles composantes de services;

- la planification et la construction de nouveaux lits à l'Hôpital général St.Mary's ou au nouvel Hôpital régional de Timmins;

- le développement d'un service de soins psychiatriques aigus à un hôpital de Cochrane Nord avec soins ambulatoires, hébergement et intervention en situation de crise selon le cas;

- la planification de services de soins psychiatriques aigus pour les enfants et le recrutement d'experts pour les enfants;

- une définition générale nouvelle des fonctions de traitement et d'hébergement par les dispensateurs de soins pour aller de pair avec les exigences du modèle;

- l'établissement de niveaux appropriés de logement pour rencontrer les besoins des résidents de Cochrane - si l'endroit préféré est Timmins, le problème du zonage doit être considéré;

- le recrutement et la conservation des psychiatres dont la moitié au moins devrait parler le français;

- le recrutement spécifique de travailleurs supplémentaires en santé mentale et plus spécialement les responsables de gestion de cas et les travailleurs SAV qui sont francophones ou autochtones et qui doivent être envoyés dans les régions qui ont les plus grands besoins; au total, en l'an 2001, de 110 à 130 travailleurs, environ 50%, devraient être parfaits bilingues ou francophones y inclus 25 à 30 travailleurs de la santé autochtones;

- une étude sur les besoins de transport nécessaires à Cochrane pour déterminer les coûts dans cette région de service de façon à assurer l'accès à ces services pour tous les résidents de Cochrane, une région trois fois plus grande que les autres régions de service.

* * * * *

Comme on peut le voir au tableau 21, le sommaire des postes en santé mentale montre qu'actuellement à Cochrane il y a de 95 à 98 postes en santé mentale et que, pour faire la mise en oeuvre du modèle proposé, les exigences sont de 220 à 265. À cette fin, le personnel pour les services en santé mentale de Cochrane devra presque tripler à un coût en personnel de 7.5 à 9 millions annuellement.

LA RÉGION DE SERVICE MANITOULIN/SUDBURY

Comme le montre le tableau 25, la région de service Manitoulin/Sudbury couvre une large région géographique de 49 561 milles carrés. Cette région est presqu'égale à celle d'Algoma mais a une base de population particulièrement plus large. La région Manitoulin/Sudbury est au centre du Nord-Est de l'Ontario, entourée par Algoma, Cochrane, Nippissing et Timiskaming.

En 1981, Manitoulin/Sudbury avait une population de 197 848. La densité de la population est donc de 4.0 résidents par kilomètre carré. Le nombre de résidents de la région Manitoulin/Sudbury demeurera, selon les projections, à peu près constant, augmentant d'environ 1% jusqu'à 200 100 en l'an 2001. Les principaux centres de population dans la région de Manitoulin/Sudbury sont:

- Sudbury avec une population de 91 829 ou 46% des résidents de Manitoulin/Sudbury;
- La Valley East avec 20 433 ou 10.3% des résidents
- Rayside - Balfour avec 15 017 résidents ou 7.6% des résidents; et
- Nickle Centre avec une population 12 318 ou 6.2% des résidents.

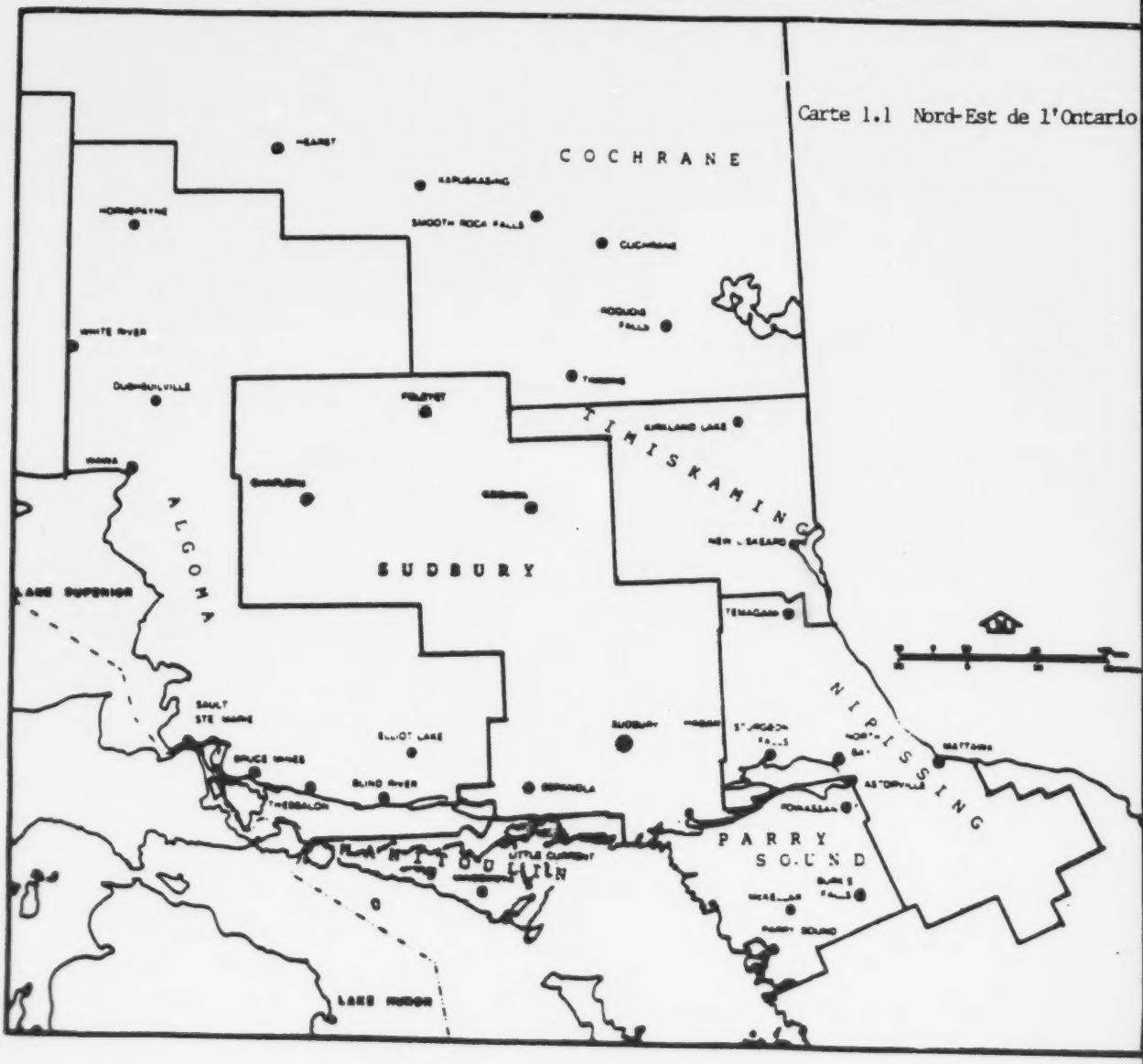
Quelques-uns des plus petits centres (plus de 5 000 de population) incluent Walden, Onaping Fallings, and Espanola. En tout, de 75 à 80% de la population totale vit dans la municipalité régionale de Sudbury. C'est la seule région de service dans le Nord-Est de l'Ontario qui a une concentration aussi forte de résidents dans une région particulièrement restreinte.

Manitoulin/Sudbury est principalement anglophone et 60% des résidents mentionnent que leur langue maternelle est l'anglais et approximativement 29% sont francophones, un pourcentage similaire à celui signalé pour Nippissing et Timiskaming. Un autre 10% des résidents ont mentionné une autre langue que les 2 langues officielles comme langue maternelle. L'île Manitoulin a une forte concentration d'autochtones et Manitoulin/Sudbury a un total de 11 réserves avec 3 513 autochtones.

Les taux d'emploi de Manitoulin/Sudbury sont approximativement les mêmes que la moyenne qu'on retrouve pour le Nord-Est de l'Ontario avec 75 % des hommes et 45.9% des femmes sur le marché du travail. Le revenu moyen pour les hommes et pour les femmes se situe près de la moyenne rapportée pour le Nord-Est.

Manitoulin/Sudbury rapporte un niveau d'éducation qui se situe dans la moyenne pour le Nord-Est avec 22,4% des personnes qui ont 15 ans et plus et qui ont moins d'une 9è année.

NORD-EST DE L'ONTARIO: RÉGION DE SERVICE DE MANITOULIN/SUDBURY



Dispensateurs principaux en santé mentale

Les hôpitaux

Tel que discuté dans la revision de l'utilisation, les principaux hôpitaux désignés sont l'Hôpital Algoma de Sudbury (H.A.S.) et l'Hôpital général de Sudbury. L'H.A.S. se place au premier rang pour le nombre annuel de congés et au deuxième rang pour le nombre annuel de jours-patient, après l'H.P.N.B.. L'Hôpital général de Sudbury se place au 4° rang pour les congés et jours-patient parmi les autres hôpitaux du Nord-Est qui offrent des soins psychiatriques.

Dans la région Manitoulin/Sudbury, ces deux hôpitaux sont responsables de la plus grande majorité des admissions et des congés pour les soins psychiatriques aigus et aussi sont devenus des chefs de file pour les traitements de jour, les cliniques communautaires et l'introduction d'autres services en santé mentale.

Comme discuté au préalable, l'H.A.S. a 65 lits de soins psychiatriques aigus pour adultes et est un centre de psychiatrie spécialisé qui est responsable de l'opération des services régionaux pour les enfants. Parmi les nombreux services hospitaliers qu'il offre, l'Hôpital général de Sudbury a un service de psychiatrie de 36 lits.

Les données qui se rapportent aux congés montrent l'autosuffisance marquée de la région de Manitoulin/Sudbury dans le traitement de ses résidents. En 1984-1985, 92% des résidents de Sudbury ont reçu leur traitement dans la région de service et seulement 64 personnes ou 3.5% ont reçu leur congé de l'H.P.N.B.. Le nombre de congés de l'H.P.N.B. est sensiblement le même que celui des autres hôpitaux du Nord-Est.

Un petit nombre (moins de 1% du nombre total des congés dans la région de Manitoulin/Sudbury) provient de l'île Manitoulin. La plupart des congés proviennent de l'Hôpital Little Current, 66 au total. C'est à cet endroit que plusieurs résidents sont d'abord stabilisés et ensuite dirigés à l'un des deux services de Sudbury.

En tout, 92% des résidents de Manitoulin/Sudbury reçoivent des soins dans leur région de service. Le tableau 26 donne un sommaire des hôpitaux de la région et des différents groupes de diagnostics traités. De tous les congés des hôpitaux de Manitoulin/Sudbury la catégorie de diagnostics la plus nombreuse est pour les troubles neurotiques, soit 19.3%. Ce sont l'H.A.S. et l'Hôpital général de Sudbury qui traitent le plus grand nombre de schizophrènes et de personnes souffrant de psychose affective, que cette étude catégorise comme les groupes de diagnostics principaux. Près de 16 % des congés psychiatriques l'ont été pour l'alcoolisme, la dépendance et l'abus des drogues.

Les programmes de santé mentale communautaire subventionnés

Il y a 4 programmes subventionnés de façon formelle qui offrent des services en santé mentale dans la région de Manitoulin/Sudbury.

* **Programme d'intervention en cas de crise (Hôpital général de Sudbury)**

  Ce programme offre un service complet d'évaluation, de consultation et de transfert à la population adulte de Sudbury. De façon générale, le programme offre un service à court terme avec la possibilité de diriger les patients vers les agences appropriées ou les services en établissement.

* **Programme de soins psychiatriques de jour (Hôpital général de Sudbury)**

  Ce programme a pour but le traitement et la réadaptation des patients aux prises avec des troubles psychiatriques de façon efficace et rentable. Les personnes qui sont aux prises avec des troubles de santé mentale chroniques passent la journée au centre et retournent chez eux le soir. Ils ont accès aux ressources qu'offre l'hôpital incluant le counseling individuel ou de groupe, l'ergothérapie ou la thérapie de relaxation, aussi bien que le counseling de couple.

* **Clinique de santé mentale communautaire (Hôpital Algoma de Sudbury)**

  Ce programme est composé de 5 cliniques de santé mentale communautaires sous la responsabilité d'une équipe multidisciplinaire de travailleurs qui centrent leur travail sur les interventions cliniques et de prévention en plus de la gestion de cas pour un bon nombre d'individus. Il y a une équipe centrale aux cliniques d'Algoma Est, Nadmadwin, Sudbury est, Espanola, l'île Manitoulin et Chapleau. La clinique Algoma-Est apparaît dans les modalités d'application du modèle d'Algoma parce que ce service est localisé à Elliot Lake.

* **Programme de prévention du suicide et de prise en charge de la dépression (Manitoulin)**

  C'est un petit programme d'intervention en situation de crise à la clinique de santé mentale Manitoulin établi principalement pour l'identification rapide des cas, la prévention, la promotion, accompagné de services de counseling pour les autochtones. Lorsque requis, les patients sont dirigés aux services psychiatriques hospitaliers de Sudbury.

MANITOULIN/SUDBURY
CONGÉS 1984/1985 DU % TOTAL DE L'HÔPITAL

		SUDBURY LAURENTIEN	GÉNÉRAL SUDBURY	SUDBURY MEMORIAL	CHAPLEAU	LITTLE CURRENT	GÉNÉRAL ESPANOLA	SUDBURY ALGOMA	TOTAL MANITOULIN/ SUDBURY
290	Démence sénile et pré-sénile	7.7	2.1	1.4	0.0	0.0	0.0	1.9	1.9
291	Psychose due à l'alcoolisme	3.8	3.4	7.0	3.3	7.0	2.7	1.1	2.5
292	Psychose due aux drogues	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.8
293/4	Autres psychoses organiques	0.0	1.0	0.0	0.0	5.6	0.0	1.4	1.2
295	Schizophrénie	0.0	12.0	0.0	4.9	2.8	14.9	21.1	15.4
296	Psychose affective	0.0	20.7	4.2	8.2	2.8	1.4	10.7	13.0
297	État de paranoïa	0.0	2.9	0.0	0.0	1.4	1.4	1.7	1.9
298/9	Autres psychoses non-organiques	7.7	2.1	1.4	0.0	11.3	5.4	2.3	2.7
300	Troubles d'ordre neurotique	30.8	21.7	35.2	49.2	14.1	12.2	15.0	19.3
301	Troubles de la personnalité	1.9	6.3	1.4	0.0	0.0	0.0	10.6	7.5
303	Alcoolisme	1.9	6.1	31.0	13.1	9.9	17.6	16.4	12.7
304/5	Abus des drogues et dépendance	1.9	2.9	4.2	0.0	25.4	6.8	1.9	3.2
308	Réaction aiguë au stress	0.0	2.7	0.0	0.0	2.8	0.0	5.7	3.9
309	Réaction d'ajustement	0.0	4.9	0.0	0.0	5.6	0.0	2.8	3.2
313	Déséquilibre émotionnel de l'enfance et l'adolescence	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.8	0.4
302/6/7/10/11/12/16	Autres troubles non-psychotiques	38.5	10.0	12.7	21.3	8.5	37.8	5.4	9.8
314	Syndrome hyperkinétique de l'enfance	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
315	Retard spécifique du développement	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
317/8/9	Retard mental	0.0	0.3	1.4	0.0	1.4	0.0	0.5	0.4
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Source: Centre de traitement des données, Ministère de la Santé de l'Ontario

TABLEAU 26

Services de désintoxication

Il y a plusieurs services de désintoxication disponibles dans la région de service de Manitoulin/Sudbury.

* **Le Centre de désintoxication de l'Hôpital Algoma de Sudbury (Sudbury)**

  Ce centre de désintoxication de 19 lits est sous la direction de l'Hôpital Algoma de Sudbury. Il offre un environnement protégé dans lequel les personnes intoxiquées peuvent demeurer pendant que s'effectue la désintoxication des effets de l'alcoolisme aigu. Le repos, l'hygiène personnelle, une diète équilibrée, la thérapie de groupe et le counseling sont les éléments importants de ce programme. Lorsque nécessaire, les patients sont dirigés aux autres agences pour des programmes de traitement plus structurés.

* **La Clinique de traitement d'alcoolisme des services sociaux pour hommes de l'Armée du Salut (Sudbury)**

  Le Centre de services sociaux pour les hommes offre un programme de traitement intensif de 28 jours en résidence. Une maison d'hébergement de 10 lits est aussi disponible pour le suivi du traitement. Le programme emploie une approche similiaire aux Alcooliques Anonymes et une stimulation spirituelle.

* **Le programme contre l'abus des drogues et de l'alcoolisme du Centre de l'amitié pour les autochtones N'Swaknok (Sudbury)**

  Le Centre de l'amitié des autochtones de Sudbury offre du counseling sur l'abus des drogues et de l'alcool et offre aussi les évaluations générales en santé mentale des autochtones de même qu'un centre de référence aux programmes de traitement actif, quand c'est nécessaire. Le centre offre aussi des services de gestion de cas et de suivi des traitements.

* **Fondation de la recherche sur la toxicomanie (Sudbury)**

  Cet organisme joue un rôle important dans les domaines de la planification, de la promotion, de la prévention, de l'identification rapide des cas, des évaluations des demandes de consultations et du counseling. Les représentants ont joué aussi un rôle important dans le groupe de travail qui a préparé la proposition pour les services de désintoxication complets pour Algoma Sudbury.

D'autres collaborateurs importants dans les services de désintoxication sont la Maison de transition Saint-Léonard, le programme N.N.A.D.A.P. et le programme de traitement en résidence Rainbow Lodge à Wikwemikong qui sont subventionnés par le gouvernement fédéral pour des services aux autochtones. Quelques-uns des autres groupes impliqués dans les services de désintoxication sont la Maison de convalescence de la région du Nord dirigée par des bénévoles à Sudbury, le Rockhaven pour le traitement de l'alcoolisme, le Alcohol And Drug Concerns Inc. et la Maison pour les femmes Robin's Hill.

Services pour les enfants

Les principaux services pour les enfants dans la région de Manitoulin/Sudbury sont:

* **le Centre de santé mentale pour les enfants (Sudbury);**

* **le service d'évaluation psycho-sociale francophone (Hôpital Algoma de Sudbury);**

* **la société d'Aide à l'enfance; et**

* **le Groupe conseil de coordination des services pour les enfants.**

* * * * *

Tel que rapporté dans le questionnaire de santé mentale, plusieurs autres groupes ou agences jouent un rôle en santé mentale; les commissions scolaires, les programmes subventionnés par le M.S.S.C. tels que les centres de vie de famille, les foyers pour personnes âgées, les maisons de soins infirmiers, la maison Genevra, les maisons de soins spéciaux, le Conseil des chefs unis et autres groupes pour les autochtones, les églises, la police, ainsi que les unités sanitaires. La liste des autres groupes intéressés est très longue et inclut plusieurs agences bénévoles d'entraide (Recovery Inc. Survivor Group, Telecare, les amis des schizophrènes de l'Ontario, Big Sisters and Big Brothers).

Les Organismes de planification

On rapporte qu'il y a plusieurs groupes dans la région de Manitoulin/Sudbury qui jouent un rôle dans la planification et la coordination des services en santé mentale. En fait, 43 organismes ont répondu aux questionnaires et ont signalé leur participation à la planification.

Quelques-uns des chefs de file dans la planification sont le Conseil régional de la santé de Manitoulin/Sudbury et son sous-comité de santé mentale, le ministère des Services sociaux et communautaires (M.S.S.C.) qui offrent une gamme de programmes. L'Hôpital Algoma de Sudbury et l'Unité sanitaire de Sudbury ont été très impliqués dans la planification et le développement de services. Tel que mentionné au préalable, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie a été un collaborateur clé dans le développement de la proposition du programme de services de désintoxication.

Pour les services aux enfants, le groupe conseil de coordination des services pour les enfants s'est occupé de la planification avec le M.S.S.C. qui subventionne les services aux enfants.

Forces et faiblesses

Le taux de réponses de ceux à qui on avait fait parvenir des questionnaires ou qui avaient participé à des entrevues dans la région de Manitoulin/Sudbury a été de 30% pour les omnipraticiens et de 36% pour les hôpitaux, les agences communautaires et les autres groupes. À Manitoulin/Sudbury, seulement 6 omnipraticiens ou 17% de ceux qui ont répondu ont signalé qu'ils offraient un service en santé mentale. Quelques-uns des services offerts incluaient le traitement, le counseling et l'aide à la désintoxication.

À la question se rapportant aux forces dans les services actuels en santé mentale, la réponse au premier rang était "aucun" et avait été donnée par 17% de ceux qui avaient répondu. Quatre répondants, soit 11% ont mentionné comme forces les psychiatres, les services de counseling, l'accessibilité et les bonnes communications. À Manitoulin/Sudbury, parmi les dispensateurs de soins et les agences qui ont répondu aux questionnaires, 1 sur 3, a signalé que les bonnes communications étaient une force; cette réponse fut suivie par l'Hôpital Algoma de Sudbury qui était considérée par 25% pour être aussi une force. Les autres forces dans cette région sont le personnel qualifié et dévoué, les cliniques de santé mentale, l'accessibilité, les programmes de l'Hôpital général de Sudbury et l'éducation du public. C'est la seule région où l'éducation a été signalée comme une force.

Il y avait, cependant, plusieurs faiblesses dans les services et dans leur disponiblité. Bien que 30% de ceux qui ont répondu aux questionnaires aient mentionné que les communications et la coordination des services étaient des forces, 24% des dispensateurs de soins et des agences pensaient plutôt que c'étaient des faiblesses. Il est intéressant de voir que cette réponse était en première place aussi bien pour les forces les plus importantes que pour les faiblesses dans les services. Une pénurie du personnel professionnel a été perçue comme une faiblesse pour 24% de ceux qui ont répondu au questionnaire. Les autres faiblesses étaient un manque de financement, un manque de services de soutien, un manque de programmes d'éducation, une carence de traitement des cas de désintoxication, un manque de psychiatres et de logements.

Parmi ceux qui ont répondu aux questionnaires, 1 sur 4 a mentionné que la pénurie de psychiatres et de professionnels en santé mentale était une faiblesse importante; 18% considéraient qu'il n'y avait pas assez de services pour les enfants, et 16% ont souligné une déficience au niveau de la clarté des rôles et du manque de communication.

Mise en application du modèle

Comme on peut le voir au tableau 27 la population de Manitoulin/Sudbury comprise dans ce modèle dont la mise en application devrait être terminée en l'an 2001, est de 200 800. On estime à 1 250 la population chronique/usagers principaux des services de santé mentale sur la base de 6.25 usagers chroniques par 1000 de population générale.

Les services régionaux de psychiatrie sont indiqués dans le modèle pour Manitoulin/Sudbury parce que les résidents auront accès à ces services hautement spécialisés lorsque nécessaire.

TABLEAU 27

APPLICATION DU MODÈLE DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE MANITOULIN/SUDBURY EN L'AN 2001
BASE DE POPULATION GÉNÉRALE: 200 800
POPULATION PSYCHIATRIQUE CHRONIQUE: 1 250

SERVICES PSYCHIATRIQUES RÉGIONAUX	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATION/ADDITION NETTE
1. UNITÉ ADULTE SÉCURITAIRE	SERVICE RÉGIONAL - 26 LITS	24 LITS ET PERSONNEL NÉCESSAIRE AU H.P.N.B.	
2. UNITÉ SPÉCIALISÉE POUR ADULTES ACCUSANT DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT MENTAL	SERVICE RÉGIONAL - 26 LITS	IL N'Y A RIEN DE FORMELLEMENT ÉTABLI DANS LE NORD-EST DE L'ONTARIO OU LE NORD-OUEST DE L'ONTARIO, CEPENDANT 18 PATIENTS EN RÉADAPTATION SPÉCIALE AU H.P.N.B. QUI SE QUALIFIERONT POUR CE GENRE DE SERVICES	UNITÉ DE 26 LITS POUR LES ADULTES QUI ONT DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT MENTAL AVEC UN PERSONNEL DE 27 À 30 PERSONNES; IL Y A POSSIBILITÉ DE 60 À 70% D'INFIRMIÈRES PROFESSIONNELLES.
3. UNITÉ DE SOINS CONTINUS POUR ADULTES	SERVICE RÉGIONAL - 60 LITS	UNITÉ SPÉCIALE DE RÉADAPTATION DE 154 LITS ET LE PERSONNEL DU H.P.N.B.	
4. UNITÉ D'HOSPITALISATION POUR ENFANTS	SERVICE RÉGIONAL - 10 LITS	32 LITS À ALGOMA SUDBURY POUR DESSERVIR LE NORD-EST ET LE NORD-OUEST DE L'ONTARIO PARRY SOUND, MUSKOKA ET LES ENVIRONS	CENTRALISATION DES 10 LITS POUR ENFANTS DANS LE NORD-EST DE L'ONTARIO SEULEMENT
COMPOSANTES ESSENTIELLES DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DANS LA RÉGION DE SERVICE			
5. SERVICES ADULTES DANS LA COMMUNAUTÉ			
-SERVICES DE GESTION DE CAS	42-50 RESPONSABLES DE GESTION DE CAS	LES TRAVAILLEURS EN SANTÉ MENTALE OFFRENT CE SERVICE PAR DES CLINIQUES COMMUNAUTAIRES D'ALGOMA DE SUDBURY ESTIMÉ À 40% DE LEURS FONCTIONS OU 12 PERSONNES L'UNITÉ SANITAIRE DE LA RÉGION DE SUDBURY - UN PROGRAMME DE LIAISON EN SANTÉ MENTALE - TOUTES LES INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE SONT IMPLIQUÉES EN GESTION DE CAS	30-38 RESPONSABLES ADDITIONNELS DE GESTION DE CAS

	BESOINS DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	ADAPTATIONS/ADDITIONS NETTES
		DÉPARTEMENT DE TRAVAIL SOCIAL DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX	
PROGRAMMES DE SORTIE À LA VIE AUTONOME (S.V.A.)	18 TRAVAILLEURS S.V.A.	RIEN	18 TRAVAILLEURS S.V.A
HÉBERGEMENT AVEC SOUTIEN ÉLEVÉ/MOYEN	24 LITS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 27-33	RIEN	24 LITS (DANS 3 MAISONS) AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 27 À 33
MILIEU NATUREL	2 À 4 CENTRES AVEC UN TOTAL DE 4 À 8 PERSONNES	SUMMIT COMMUNITY HELP-IN CENTRE IN LIVELY - DÉBUT ÉTÉ 1986	NOUVEAUX PROGRAMMES AVEC 4 À 8 PERSONNES - CHACUN AVEC UN OU DEUX EMPLOYÉS PAYÉS ET UNE QUANTITÉ DÉFINIE DE BÉNÉVOLES
		CENTRE DE SERVICE SOCIAL DE L'ARMÉE DU SALUT	
PROGRAMMES D'EMPLOIS -SITES DE TRAVAIL SUPERVISÉ	1 À 2 SITES DE TRAVAIL AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 3 À 6 PERSONNES	IL Y A PEU DE SERVICES POUR L'INDIVIDU À POTENTIEL LIMITÉ	1 À 2 SITES DE TRAVAIL AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 3 À 6
-PROGRAMMES DE DÉVELOPPEMENT D'EMPLOIS	2 À 3 SURVEILLANTS DE TRAC **	RIEN	2 À 3 SURVEILLANTS DU TRAVAIL
-PROGRAMMES DE CONSEILLING ET D'ASSISTANCE À L'EMPLOI	ACCÈS AU PROGRAMME PAR LES PERSONNES À HAUT POTENTIEL	SERVICES DE RÉADAPTATION À L'EMPLOI DE SURREY	
		CENTRES D'EMPLOI CANADA	
		COMMISSIONS SCOLAIRES	
		PROGRAMMES COLLÉGIAUX COMMUNAUTAIRES	
		UNIVERSITÉ LAURENTIENNE	
		DÉPARTEMENT DE SERVICES SOCIAUX	
		LES CENTRES D'ACCUEIL PARR LES AUTOCHTONES	

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
CENTRES DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRES	LARGE ÉVENTAIL DE PROGRAMMES DE COUNSELING, D'ÉDUCATION, DE PRÉVENTION ET D'AIDE PERSONNELLE REQUIS POUR SATISFAIRE LES BESOINS LOCAUX	FONCTIONS ASSUMÉES PAR UN GRAND NOMBRE DE GROUPES: ALGOMA DE SUDBURY - CLINIQUE COMMUNAUTAIRE LOCALE ET CENTRALE - ESTIMATION 60% DU PERSONNEL OU 18 AU TOTAL PROGRAMME DE SOINS DE JOUR PSYCHIATRIQUES ÉTENDUS - 6 À 7 PERSONNES OMNIPRATICIENS PROGRAMMES YMCA ET YWCA CENTRE D'AMITIÉ POUR LES AUTOCHTONES ESQUIMAUX OU AUTRES CLINIQUE NAUMANN INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE, V.O.N SERVICE FAMILIAL DE LA RÉGION DE SUDBURY 10 À 12 PERSONNES PROFESSIONNELS EN PRATIQUE PRIVÉE LE NOUVEAU CENTRE DE SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SUDBURY RECOVERY INCORPORATED SURVIVOR GROUP LES AMIS DES SCHIZOPHRÈNES DE L'ONTARIO LE CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE WIGAMIKING TELECARE	CET ÉLÉMENT EST DIFFICILEMENT QUANTIFIABLE QUANT AUX BESOINS QUI SEMBLENT ILLIMITÉS - LES PRIORITÉS DOIVENT ÊTRE ÉTABLIES PAR LA RÉGION DE SERVICE

	[illegible]	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		BIG SISTERS - BIG BROTHERS	
		SOCIÉTÉ JOHN HOWARD	
		CENTRE DES JEUNES SUDBURY	
-AUTRES SERVICES DÉVELOPPÉS LOCALEMENT		MAISONS POUR SOINS SPÉCIAUX 42 LITS DANS 7 MAISONS	ACCÈS À LA GESTION DE CAS ET S.V.A SI NÉCESSAIRE
6. SERVICES ADULTES EN ÉTABLISSEMENT			
-PROGRAMME D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE	1 OU 2 PROGRAMMES FORMELS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 6 À 8 EN PLUS DES PROGRAMMES SPÉCIAUX FINANCÉS ACTUELLEMENT DANS LA RÉGION DE SERVICE	INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE_GÉNÉRAL DE SUDBURY 2 À 3 TRAVAILLEURS ADMINISTRATION DE LA DÉPRESSION ET PRÉVENTION DU SUICIDE - CLINIQUE DE SANTÉ MENTALE MANITOULIN HÔPITAUX COMMUNAUTAIRES CLINIQUE ALGOMA DE SUDBURY AUTRES PROGRAMMES QUI ONT UN RÔLE À JOUER: TÉLÉSOINS SERVICE DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS C.A.S. ASSOCIATION POUR LES HANDICAPÉS MENTAUX INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE V.O.N. CENTRE DE VIE DE FAMILLE	1 À 2 PROGRAMMES FORMELS AVEC UN PERSONNEL ADDITIONNEL DE 6 À 8 L'ENTRAÎNEMENT POUR LES HÔPITAUX COMMUNAUTAIRES ET LES AUTRES AGENCES QUI ONT DES LIENS FORTS DE RÉSEAUX ET DE COMMUNICATION

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		CENTRES D'AMITIÉ POUR LES INDIENS	
		LES CENTRES DE RESSOURCES FAMILIALES (HAVEN HOUSE, NATIVE CHILD & FAMILY RESOURCE)	
		GENEVRA HOUSE	
		P.P.O.	
		OMNIPRATICIENS	
		MAISONS POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET MAISONS DE SOINS INFIRMIERS	
		MAISONS POUR SOINS SPÉCIAUX	
		DÉPARTEMENT DE SERVICES SOCIAUX	
LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES AIGUS	80 LITS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 82 À 86	65 LITS À L'HÔPITAL ALGOMA DE SUDBURY AVEC UN PERSONNEL DE 107	
		36 LITS AU GÉNÉRAL DE SUDBURY AVEC 44.7 PERSONNES	
PROGRAMME SATELLITE DE GÉRIATRIE	6 À 8 PERSONNES	RIEN DE FORMEL	6 À 8 PERSONNES
SERVICES DE SOINS AMBULATOIRES	SERVICE FORMEL POUR SUPPORTER LES PATIENTS HOSPITALISÉS AVEC 15 À 20 PERSONNES AU TOTAL	SERVICE DE CLINIQUE EXTERNE DE L'ALGOMA DE SUDBURY	1 SERVICE COMPLET AVEC UNE GAMME DE PROGRAMMES DE TRAITEMENTS - 11 À 15 PERSONNES AU TOTAL
		PROGRAMME DE TRAITEMENT DE JOUR DU GÉNÉRAL DE SUDBURY 4 À 5 PERSONNES	
SERVICE D'HÉBERGEMENT	1 AUBERGE AVEC UN PERSONNEL DE 2 À 4	RIEN	1 SERVICE DE 2 À 4 PERSONNES AU TOTAL
7. LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES AIGUS POUR ENFANTS	20 LITS DE SOINS AIGUS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 26 À 32	PORTION DU SERVICE RÉGIONAL	20 LITS AVEC UN PERSONNEL DE 7 LE JOUR ET LE SOIR, 2 INFIRMIÈRES, 4 TRAVAILLEURS DE SOINS POUR LES ENFANTS, 1 RÉCRÉOLOGUE; 1 INFIRMIÈRE ET 2 TRAVAILLEURS EN SOINS POUR LES ENFANTS LE SOIR (26 À 32 PERSONNES AU TOTAL)

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
8. CENTRE DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS	1 PROGRAMME AVEC DES BUREAUX LOCAUX COMME REQUIS	CENTRE DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS À SUDBURY - 16 PERSONNES SERVICE D'ÉVALUATION PSYCHO-SOCIALE FRANCOPHONE - 10 PERSONNES	CONSOLIDATION DES SERVICES ACTUELS TOUT EN PRÉSERVANT UN FORT ENGAGEMENT ENVERS LA COMMUNAUTÉ FRANCOPHONE
9. PSYCHIATRES	20 PSYCHIATRES	6 PSYCHIATRES AU GÉNÉRAL DE SUDBURY 10 PSYCHIATRES AU ALGOMA DE SUDBURY 3 AUTRES PSYCHIATRES ATTENDUS EN SEPTEMBRE	1 PSYCHIATRE
10. SERVICES DE DÉSINTOXICATION LES COMPOSANTES DU PROGRAMME INCLUENT: -BUREAU CHEF -ÉVALUATION TRANSFERT ET GESTION DE CAS -PROGRAMME DE TRAITEMENT DE JOUR -PROGRAMME DE SOINS AMBULATOIRES -PROGRAMME APRÈS-SOINS -LITS DE DÉSINTOXICATION -RÉSIDENCE AVEC SURVEILLANCE -TRAVAILLEURS DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION COMMUNAUTAIRES	UN PROGRAMME COMPLET PAR RÉGION DE SERVICE POUR COMPLÉTER ET AUGMENTER LES SERVICES DÉJÀ EXISTANTS	AUCUN SERVICE DE CE GENRE EN CE MOMENT SERVICE DE DÉSINTOXICATION ALGOMA DE SUDBURY - 19 LITS AVEC 10 PERSONNES	PROJET PILOTE POUR ALGOMA DE SUDBURY - 36 À 40 PERSONNES REQUISES EN PLUS DE L'ESPACE ET DE L'ÉQUIPEMENT

EXIGENCES DE L'AN 2001

SERVICES ACTUELS

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA DÉSINTOXICATION - 4 PERSONNES

ST-LÉONARD'S HALFWAY HOUSE

CENTRE D'AMITIÉ POUR LES AUTOCHTONES N'SWANDK - RESPONSABLES DE GESTION DE CAS ET TRANSFERT. PROGRAMME D'ABUS DES DROGUES ET DE L'ALCOOL 0.5 PERSONNE

CLINIQUE DE TRAITEMENT DES ALCOOLIQUES DES SERVICES SOCIAUX DES HOMMES DE L'ARMÉE DU SALUT - 28 JOURS - 10 LITS POUR HOMMES - 3 PERSONNES

PROGRAMME N.N.A.D.A.P.- ALCOOHOL WORKERS ON THE RESERVE - COUNCIL (FEDERAL) WIKWINMIKONG

FRATERNITY HOSTELS-COMSOC

CENTRE DE TRAITEMENT POUR L'ALCOOL RAINBOW LODGE - 7 LITS -WIKWIMEKONG (FEDERAL)

ROCKHAVEN - 18 LITS (NOURRITURE ET HÉBERGEMENT) POUR ALCOOLIQUES. 4 PERSONNES

COMSOC - CERTAINS GROUPES HÉBERGEMENT À LONG TERME

NORTHERN REGION RECOVERY HOME FOR WOMEN - AVEC UN PERSONNEL D'EX-ALCOOLIQUES - 16 LITS - PERSONNEL PAYÉ (SUDBURY) 4 PERSONNES

ALCOHOL AND DRUG CONCERNS INC.

ROBINS HILL WOMEN'S HOME, INC. 2 PERSONNES

AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES

LIENS AVEC LES PROGRAMMES COMPLETS SI NÉCESSAIRE

Autrement, les services qui existent actuellement dans les régions de service devraient être suffisants, de façon générale, pour satisfaire les besoins de la population.

Gestion de cas

Actuellement, plusieurs groupes sont responsables de la fonction de gestion de cas. C'est une responsabilité fragmentaire assurée par les collaborateurs clés comme les infirmières en santé publique, un bon nombre de cliniques communautaires subventionnées en santé mentale, ainsi que par des travailleurs sociaux dans les hôpitaux. Les responsables de gestion de cas à plein temps proposés dans ce modèle vont compléter les fonctions ordinaires avec l'addition de 30 à 38 nouveaux postes. Ces responsables de gestion de cas devraient être répartis dans la région Manitoulin/Sudbury en tenant compte des concentrations de francophones et d'autochtones.

Bien que la majorité des responsables de gestion de cas (70% -75%) seront probablement requis dans la municipalité régionale de Sudbury, il faudrait considérer aussi les besoins de Walden, Onaping Falls, Espanola et l'île de Manitoulin. Il est spécifiquement recommandé que des francophones et des autochtones soient recrutés comme responsables de gestion de cas pour faire en sorte qu'il y ait au moins 15 travailleurs parfaitement bilingues ou francophones pour des communautés comme Valley East; et que 7 ou 8 autochtones soient employés comme responsables de gestion de cas pour assurer que les liens nécessaires soient en place pour les 11 réserves, et pour s'assurer que les besoins spécifiques des autochtones qui vivent dans les villes soient considérés.

Programme de soutien à la vie autonome (S.V.A.)

Présentement, il n'y a rien de similaire à ce programme. Le programme de soins psychiatriques de jour de Sudbury offre ce service pour procurer aux clients un entrainement dans les habiletés de la vie. 18 travailleurs S.V.A. sont requis dans la région Manitoulin/Sudbury. De ce nombre 5 ou 6 devraient être francophones ou parfaitement bilingues et 1 ou 2 devraient être autochtones.

Hébergement avec soutien élevé-moyen

Il n'y a pas de programme d'hébergement présentement à Manitoulin/Sudbury qui soit comparable à ceux proposés dans ce modèle. Alors, des maisons de 24 lits avec un personnel de 24 heures sont recommandés. Ces maisons pourraient fort bien être situées dans la ville de Sudbury ou le C.G.S.M.C. pourrait considérer d'autres endroits comme l'île Manitoulin ou Valley East pour offrir ces programmes vraiment adaptés aux besoins des groupes psychiatriques chroniques francophones ou autochtones. Ces services avec soutien élevé ont besoin, de facon générale de l'aide des services de soins aigus et d'une communication avec les omnipraticiens locaux et les services de psychiatrie de Sudbury.

Haltes-accueil

Un nouveau centre halte-accueil à Lively est en voie d'être établi par le bureau local de l'Association canadienne pour la santé mentale. Il sera subventionné comme un programme de santé mentale communautaire. Ce sera le premier halte-accueil à Sudbury. Dans ce modèle, il y a certaines alternatives très créatrices, sur lesquelles ce nouveau programme pourrait être basé (y inclus les opportunités de travail etc.) afin d'introduire d'autres haltes-accueil dans les endroits où il y a un nombre suffisant d'handicapés psychiatriques pour justifier un tel service. Ce modèle recommande de 2 à 4 centres.

Bien qu'il ne soit pas subventionné de façon formelle comme halte-accueil, le centre social de l'Armée du Salut à Sudbury offre des activités sociales et récréatives pour les personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Programmes d'emploi

La région de Manitoulin/Sudbury requiert une gamme de programmes d'emploi pour les individus qui font face à des problèmes de santé mentale. Il y a un besoin pour deux sites de travail qui pourraient être développés de façon créatrice comme un programme de halte-accueil (semblable au modèle Progress Place). Un site de travail est requis à Sudbury de façon prioritaire. Un tel programme pourrait être développé conjointement avec les services de réadaptation professionnelle à Sudbury qui historiquement a été disponible aux candidats avec un très haut potentiel.

De même, un programme de développement d'emplois avec un personnel de 2 ou 3 est requis. Dans ce but, des relations devraient être développées entre les surveillants, les travailleurs de la santé mentale (responsables de la gestion de cas) et les organismes existants comme le Centre d'emploi du Canada, les commissions scolaires, les programmes des Collèges communautaires, le programme de la Marche des millions et le département des services sociaux. De même les responsables de la gestion de cas autochtones devraient travailler directement avec les représentants du Native Friendship Centres and Band pour développer des programmes additionnels pour les résidents autochtones qui font face à des problèmes de santé mentale.

Les centres de santé mentale communautaires

Le personnel actuel qui assume les fonctions de counseling, d'éducation, de prévention et de programme d'aide personnelle est conservé dans ce modèle. Les principaux groupes impliqués dans ces services sont les cliniques de l'Hôpital Algoma de Sudbury, le programme de soins de jour de l'Hôpital général de Sudbury, les centres d'amitié des autochtones, le Service familial de la région de Sudbury, quelques professionnels en pratique privée et d'autres agences de bénévoles et d'aide à la personne.

Le C.G.S.M.C. devra considérer ces programmes dans le cadre des groupes cibles spécifiques desservis et à la lumière des attentes et des résultats.

Comme on le suggère pour les centres de santé mentale pour les enfants, des plans bien structurés sont requis pour assurer que les ressources sont utilisées d'une manière rentable. La demande pour de tels services pourrait être infinie et il incombera au C.G.S.M.C. de travailler avec le Conseil régional de la santé de Manitoulin/Sudbury pour établir les priorités pour les nouveaux programmes qui seront ensuite présentés au ministère de la Santé pour être financés, le tout à la lumière de ce que les autres groupes et les autres agences de bénévoles font.

Tel que, mentionné, il y a toute une gamme de programmes, incluant ceux qui recoivent du financement du M.S.S.C. de même que les agences de bénévoles qui sont impliquées dans les programmes de santé mentale communautaires.

Maisons pour soins spéciaux

Les maisons pour soins spéciaux procurent chambre et pension aux handicapés psychiatriques et sont subventionnées par le ministère de la Santé. Ces maisons doivent être considérées comme une partie des alternatives d'hébergement pour les handicapés mentaux chroniques dans la communauté. Les responsables de gestion de cas travailleront avec les propriétaires de ces maisons, comme ils le feraient avec les surintendants des maisons d'appartements et les propriétaires de maisons de pension pour assurer l'assistance et de cette façon maintenir le client à son niveau optimal de fonctionnement. Les travailleurs S.V.A. offriront des services de soutien aux clients dans les maisons pour soins spéciaux, si ceci fait partie du plan individuel de traitement. Dans Manitoulin/Sudbury il y a 7 maisons pour soins spéciaux avec 42 lits.

Programmes d'intervention en situation de crise

L'Hôpital général de Sudbury a un petit programme d'intervention en situation de crise qui, d'après ce modèle, pourrait facilement être augmenté. De même, il y un programme de prévention du suicide et de prise en charge de la dépression à la Clinique de santé mentale de Manitoulin et au service d'intervention en situation de crise sous la direction des travailleurs aux cliniques de l'Hôpital Algoma de Sudbury. De tels programmes (forces existantes) devraient être conservés et considérés par le C.G.S.M.C. dans ses décisions d'établir des services additionnels.

De même, d'autres programmes considèrent que l'intervention en situation de crise est un élément majeur comme Haven House, les Amis des schizophrènes de l'Ontario, quelques églises et centres d'amitié des autochtones, la société d'Aide à l'enfance et les hôpitaux communautaires.

On recommande que le programme de personnel formel du système avec son expertise, accepte le rôle de chef de file dans l'éducation du personnel des autres hôpitaux et du personnel de santé mentale dans la région de service de façon à pouvoir faire face aux crises de santé mentale et les autres, tout spécialement avec les travailleurs des petites communautés pour le développement de politiques et de procédures en cas de

crise. Comme discuté au préalable, plusieurs des groupes dont la liste apparaît au tableau 27 pourraient bénéficier de relations de travail avec les programmes formels d'intervention en situation de crise.

Lits de soins psychiatriques aigus

La région de Sudbury a à l'heure actuelle 101 lits de soins psychiatriques aigus pour adultes; 65 à l'Hôpital Algoma de Sudbury et 36 à l'Hôpital général de Sudbury. Ce modèle recommande 80 lits de soins psychiatriques aigus pour adultes au total. Cette recommandation soutient l'idée que la psychiatrie devrait faire partie du système général hospitalier dans le courant des services médicaux. À cause de l'exigence d'une planification et d'une restructuration significatives des services adultes à Sudbury, les recommandations spécifiques sur la grandeur et la nature des services adultes en établissement sont présentées au tableau 28. On devra prendre note aussi que Sudbury gardera le service régional pour les enfants de 30 lits et le service pour les enfants de Manitoulin/Sudbury.

Le lecteur prendra note aussi que le service adulte de 80 lits a été conçu pour satisfaire les besoins de soins aigus des divers groupes d'âges et aussi pour satisfaire les besoins des adolescents de 16 à 19 ans qui pourraient recourir aux services pour les adolescents. Ce genre d'allocation devrait être considérée sérieusement dans le redéveloppement de ce service et des programmes de traitement complets aux soins ambulatoires qui compléteront ces fonctions.

Services de soins ambulatoires

Ces services sont recommandés pour procurer des programmes actifs de traitement qui assureront le support requis à l'unité de patients hospitalisés pour soins psychiatriques aigus. Il sera disponible aussi aux patients qui doivent se déplacer pour recevoir les services et rester dans une auberge. Il devrait être aussi disponible aux personnes qui demeurent à la maison et se déplacent pour leur traitement.

Le service de soins ambulatoires de l'Hôpital Algoma de Sudbury et le programme de soins de jour de l'Hôpital général de Sudbury jouent actuellement un rôle important dans les soins ambulatoires. Cependant, le service qui est recommandé est plus grand en nombre de personnel, et plus large dans son rôle en plus d'être orienté vers le traitement actif.

Auberge

Au moins une auberge est requise pour accomoder les clients aux soins ambulatoires qui ont à parcourir une certaine distance pour recevoir les soins, mais ne requièrent pas l'hospitalisation.

SUDBURY: SERVICE DE SOINS PSYCHIATRIQUES AIGUS POUR ADULTES DE 80 LITS

	LITS	SERVICE (TOUS LES S.M. 3 SEMAINES)
	20	ADOLESCENCE (16 À 25 ANS)
	20	PSYCHIATRIE ADULTE GÉNÉRALE (26 À 64 ANS)
	20	RISQUE ÉLEVÉ (TOUT ÂGE)
	20	PERSONNES ÂGÉES (65 ANS ET PLUS) COMPREND UN SERVICE DE LIAISON MÉDICALE
	80	
PLUS	10	LITS RÉGIONAUX POUR LES ENFANTS
	20	LITS POUR LES ENFANTS POUR MANITOULIN/ SUDBURY
SOUS TOTAL PSYCHIATRIE	110	

Programme satellite de gériatrie

Ce programme a besoin de 4 à 5 professionnels assistés d'un psychiatre. Le programme sera vraisemblablement localisé à l'extérieur de l'hôpital général de Sudbury qui a la responsabilité du service psychiatrique désigné de 80 lits et de la gamme complète de services ambulatoires, d'intervention en situation de crise et d'hébergement.

Le programme satellite devrait être offert et le personnel aura vraisemblablement à voyager à l'intérieur de la région de service et à quelques-unes des plus petites communautés pour assurer les services.

L'autre alternative est de placer le personnel de gériatrie dans des communautés choisies. C'est une décision qui devrait être prise conjointement avec le C.C.S.M.C. et l'hôpital responsable.

Lits de soins psychiatriques aigus pour les enfants

Tel que discuté au préalable, les 32 lits régionaux de soins aigus pour les enfants seront réévalués pour inclure un service régional de 10 lits pour le Nord-Est de l'Ontario et 20 lits pour la région de service Manitoulin/Sudbury. On recommande que tous les lits soient sous la responsabilité du ministère de la Santé, et comme suggéré pour le service de 80 lits, la psychiatrie pour enfants devrait faire partie du service de l'Hôpital général.

Tel que mentionné antérieurement, la clarification du rôle de même que l'étendue des services régionaux en plus des soutenus services dans chacune des régions de service devraient apporter une amélioration majeure dans l'accessibilité des services.

Centres de santé mentale pour les enfants

C'est un fait unique pour la région de services de Manitoulin/Sudbury qu'il y ait deux centres de santé mentale pour enfants à Sudbury, un centre général de santé mentale pour enfants et un pour les francophones. L'amélioration des services des centres de santé mentale pour les enfants dans toutes les régions de service doit se faire par l'intégration des infirmières en santé publique qui travaillent en santé mentale au système scolaire.

Psychiatres

En se basant sur la norme de 1 psychiatre par 10 000 de population générale, la région de Manitoulin/Sudbury a actuellement 16 psychiatres, 6 de moins que ce qui est proposé dans cette formule. Il est intéressant de prendre note que la pénurie de psychiatres a été signalée par les omnipraticiens comme une faiblesse dans les services actuels. On devrait prendre note cependant, que le modèle proposé ne dépend pas uniquement des psychiatres mais recommande que les omnipraticiens soient entraînés et perfectionnés pour faire face aux besoins de soutien continu et de soutien aux handicapés psychiatriques chroniques dans leur communauté.

Services de désintoxication

Tel que discuté dans la section VI "l'Introduction au modèle", on recommande que la proposition du groupe de travail de l'Hôpital Algoma de Sudbury pour un service complet de désintoxication soit financée comme un projet pilote. On recommande de plus que l'expérience et les connaissances acquises par ce projet soient employées pour aider d'autres régions de services à développer des projets similaires dans le Nord-Est.

Considérations de mise en application

Les dispensateurs de soins et les agences dans Manitoulin/Sudbury ont suggéré que les obstacles principaux qui suivent devraient être considérés sérieusement dans la mise en application d'un modèle complet de services en santé mentale. Les obstacles principaux sont placés par ordre de fréquence:

- 54% ont mentionné le manque de financement;
- 26% le manque de personnel;
- 25% le manque de communication
- 14% ont mentionné les rivalités et la compétition entre les organismes.

Quelques-unes des activités majeures de mise en application qui doivent avoir lieu à Manitoulin/Sudbury sont:

- l'établissement d'un C.G.S.M.C. et l'intégration des services actuels de santé mentale sous le C.G.S.M.C. tout en conservant les forces existantes.

- le renforcement de la communication et de la coopération entre les agences et les dispensateurs de soins;

- des relations de travail à établir avec les groupes autochtones et les représentants (federal and band), spécialement sur l'île Manitoulin de façon à pourvoir conjointement aux besoins spéciaux en santé mentale des autochtones;

- l'éducation et la promotion du modèle de façon à préparer le public pour le modèle et ses nouvelles composantes de services;

- une nouvelle définition générale des fonctions de traitement et d'hébergement par les dispensateurs de soins pour rencontrer les exigences du modèle;

- la réduction des lits actuels dans le système et le redéveloppement d'un service de soins psychiatriques aigus de 80 lits dans un hôpital général;

- le développement de programmes de soins ambulatoires complets et d'hébergement centrés vers les programmes d'intervention en situation de crise;

- l'établissement d'une gamme complète de programmes dans la communauté incluant certains types d'hébergement pour les personnes handicapées psychiatriques;

- le recrutement, la conservation et le déploiement d'un nombre approprié de travailleurs francophones et autochtones, en tout, en l'an 2001 on estime que de 110 à 126 travailleurs devraient être parfaitement bilingues et 25 à 30 travailleurs autochtones;

- le recrutement spécifique de travailleurs additionnels en santé mentale et tout particulièrement les responsables de gestion de cas et les travailleurs SAV qui viennent d'un milieu francophone ou autochtone devraient être dirigés vers les régions qui ont les plus grands besoins;

- une nouvelle définition du service de psychiatrie régional actuel pour les enfants;

La direction au sein du Comité de gestion en santé communautaire revêt une importance capitale dans la mise en place avec succès du modèle total. Dans les sessions qui ont servi à l'essai du modèle, une préoccupation commune était que les dispensateurs de soins actuels avaient un rôle significatif et que les forces devaient être conservées. Le Comité de direction a reçu une lettre du Conseil régional de la santé de Manitoulin/Sudbury (le Comité de la santé mentale) suite aux sessions destinées à l'essai du modèle soulignant que:

> "La structure organisationnelle proposée pour les programmes de santé mentale communautaires... soit capable de s'attaquer directement aux faiblesses dans le système tout en étant assez sensible et flexible pour renforcer les forces du système dans les régions de Manitoulin/Sudbury. Le système de santé mentale communautaire dans cette région est caractérisé par la présence de plusieurs collaborateurs qui sont reconnus pour procurer un service de haute qualité incluant l'Hôpital Algoma de Sudbury (les programmes de soins ambulatoires et les cliniques communautaires), aussi bien que le bureau local de l'Association canadienne pour la santé mentale. Le Comité de gestion de santé mentale communautaire proposé, si on doit l'établir, doit reconnaître et supporter les contributions que ces organismes ont faites pour les services et maintenir au moins les niveaux actuels dans la qualité des services. On a suggéré qu'au lieu d'introduire une structure totalement nouvelle, il serait peut être préférable d'améliorer une des structures existantes dans la région de façon à assurer la coordination des services de santé mentale communautaires."

Cette lettre suggérait également "qu'une des possibilités serait le développement d'un comité de programmes communautaires sous la direction de l'Hôpital Algoma de Sudbury, avec, par exemple, une contribution appropriée de l'agence communautaire," et a appuyé sur le fait que "de toute façon, la dynamique organisationnelle actuelle dans cette région doit être reconnue avant d'apporter toute modification".

De plus, les représentants de l'Hôpital Algoma de Sudbury ont montré un vif intérêt dans l'acceptation d'un rôle de direction, possiblement en assumant la fonction du C.G.S.M.C. proposée.

Le Comité de direction est d'accord que les groupes clés comme l'Hôpital Algoma de Sudbury doivent être inclus dans le C.G.S.M.C. et peuvent naturellement assumer un rôle de leadership. Cependant, l'information recueillie au cours de cette étude a mis en évidence plusieurs faiblesses dans la région de service Manitoulin/Sudbury, incluant le manque de communication, la compétition et la rivalité entre les agences qui ont été soulignés comme deux des quatres obstacles majeurs à la mise en place du modèle complet. À cet effet on recommande que le C.G.S.M.C. soit un nouveau comité de façon à éviter ces obtacles.

* * * * *

Comme on peut le voir au tableau 21, le sommaire des postes en santé mentale qui existent actuellement dans la région de Manitoulin/Sudbury est de 257 à 262 postes en santé mentale, à l'exclusion des 127 à l'Hôpital Algoma de Subdury pour les services régionaux des enfants. Cette région de service requiert un total de 365 à 421 personnes pour la mise en place du modèle proposé. À cette fin, le personnel pour les services de santé mentale à Manitoulin/Sudbury sera à peu près le double, à un coût de 12.8 à 15 millions par année.

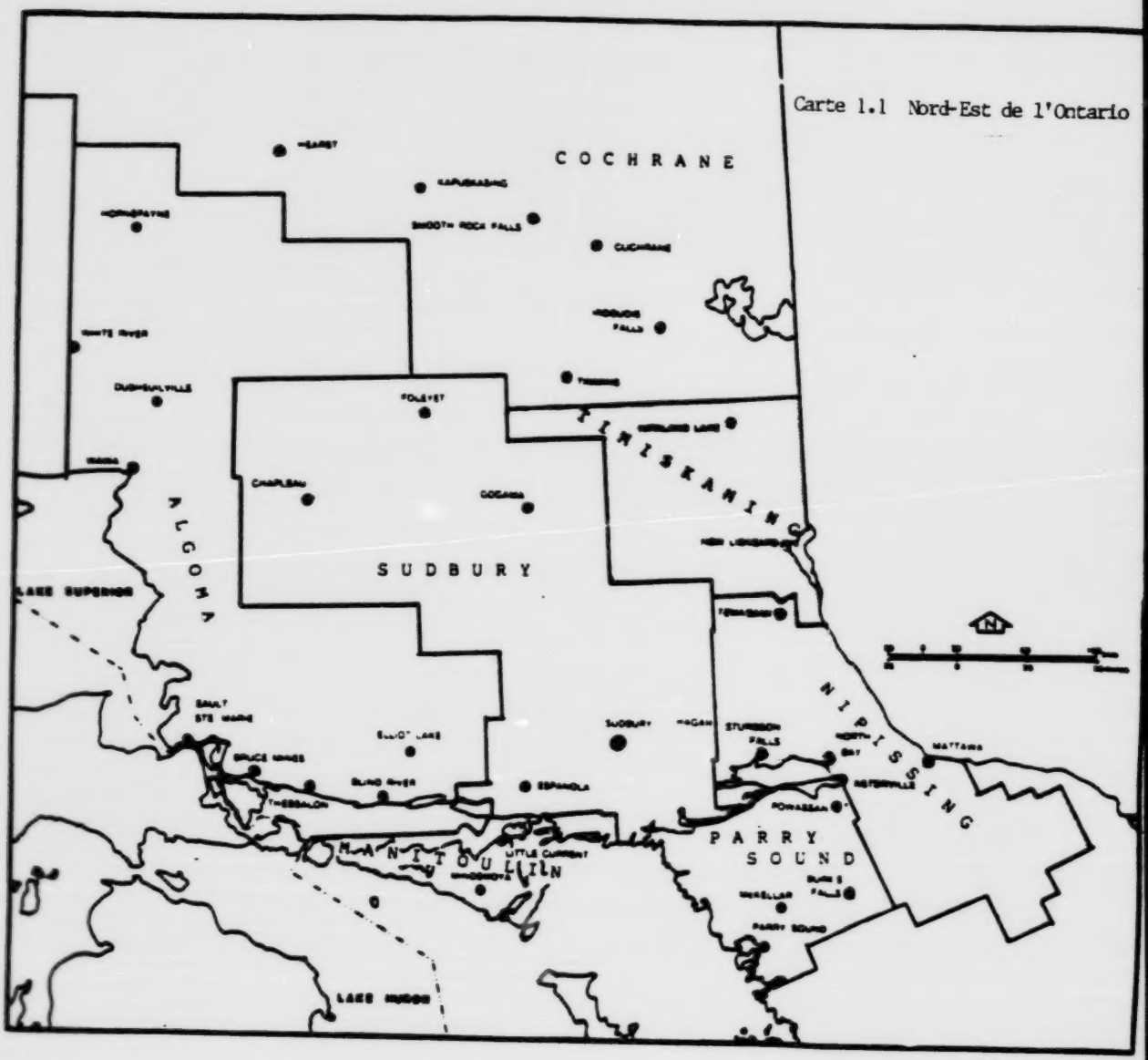
LA RÉGION DE SERVICE DE NIPISSING/TIMISKAMING

Comme on peut le voir au tableau 29, la région de Nipissing/Timiskaming est la plus petite des quatres régions de service définies, avec une étendue de 30 717 km^2. Cette région longe le Québec à l'est, Cochrane au Nord, et la région de service de Sudbury à l'ouest. Parry Sound est situé au sud et quelques-uns de ses résidents ont traditionnellement compté sur les services offerts à North Bay par l'H.P.N.B..

En 1981, Nipissing/Timiskaming avaient une population combinée de 121 556 avec approximativement 40 000 ou 1/3 des résidents dans Timiskaming et 80 000 ou 2/3 dans Nipissing. La population combinée a une densité de 4 résidents par kilomètre carré.

Le nombre de résidents de la région Nipissing/Timiskaming restera virtuellement constante jusqu'en l'an 2001 avec une population prévue de 121 178 résidents.

NORD-EST DE L'ONTARIO: RÉGION DE SERVICE NIPISSING/TIMISKAMING



Carte 1.1 Nord-Est de l'Ontario

Les grands centres de population dans la région de service sont:

- North Bay avec une population de 51 268 ou 42.3% des résidents de Nipissing/Timiskaming;
- La région New Liskeard et Tri-Town qui inclut Haileybury, Cobalt et New Liskeard avec 13 924 résidents ou 11.5%;
- Kirkland Lake avec 12 219 résidents ou 10.1%;
- Sturgeon Falls avec 6 045 résidents ou 5%.

Comme on peut le voir par ce qui précède, environ 70% des résidents de la région de service demeurent dans une de ces 4 régions urbaines.

Nipissing/Timiskaming est principalement anglophone avec 67% des résidents qui ont rapporté que l'anglais était leur langue maternelle. Vingt-huit pourcent sont francophones et un autre 5% rapportent une langue maternelle "autre". Les concentrations de francophones sont surtout à Sturgeon Falls et dans les régions de Astorville et Mattawa et dispersés sur le territoire de Timiskaming spécialement près de la frontière québécoise. Nipissing/Timiskaming a trois petites réserves d'autochtones avec 871 résidents.

Comme en font foi les données du rencensement 1981, cette région de service se situe après trois autres régions de services pour la participation sur le marché du travail avec seulement 73% des hommes et 45.4% des femmes. La région a aussi les taux les plus bas de revenus tant pour les hommes et femmes qui ont gagné respectivement 14 969 et 6 914, comparés à la moyenne pour le Nord-Est de l'Ontario de 16 742 pour les hommes et 7 120 pour les femmes.

Les niveaux d'éducation montre Nipissing/Timiskaming à la moyenne pour le Nord-Est avec 22.3% des résidents qui ont moins d'une neuvième année.

Les pricipaux dispensateurs de soins en santé mentale

Les hôpitaux

Tel que discuté dans la revue de l'utilisation, l'hôpital principal désigné est l'Hôpital psychiatrique de North Bay qui a 26 lits aigus désignés pour Nipissing, Parry Sound et Timiskaming. Tous les autres lits sont régionaux. Il n'y a pas de lits de psychiatrie désignés dans la région de service Timiskaming, cependant les données d'utilisation montrent que les hôpitaux régionaux de la région sont très actifs pour dispenser les soins. À tous les jours, les hôpitaux de Liskeard et Kirkland Lake peuvent avoir 12 patients avec un diagnostic psychiatrique dans des lits généraux. Dans Nipissing certains jours, 8 ou 9 patients avec un diagnostic psychiatrique sont traités soit à l'Hôpital civic de North Bay ou à l'Hôpital St-Joseph. A Sturgeon Falls, en moyenne 2 à 3 patients sont hospitalisés à l'Hôpital général de Nipissing Ouest avec un tel diagnostic.

Comme on l'a vu au préalable, les services aigus d'admission a l' H.P.N.B. ont le plus bas taux d'occupation (63%) de tous les services sur une période d'une journée.

Les données concernant les congés à Nipissing démontrent que cette partie de la région de service est très autosuffisante avec 91.6% des congés de ses résidents en 1984 et 1985. Même sans lit désigné Timiskaming est aussi autosuffisant, avec approximativement 78% de ses résidents hospitalisés avec un diagnostic psychiatrique et 15% de congés de l'H.P.N.B..

Comme on peut le voir au tableau 30, l'H.P.N.B. est responsable du traitement du plus grand nombre de schizophrènes (36.4%), pendant que l'Hôpital régional de Kirkland a rapporté que presque 35% de ses congés étaient des personnes souffrant de psychoses affectives. Le lecteur se rappellera que c'est un groupe d'usagers majeurs d'après ce modèle. Les troubles neurotiques sont traités dans tous les hôpitaux, et 60.4% des congés de l'Hôpital général de Matawa l'ont été pour ce diagnostic. L'alcoolisme représente 13% de tous les cas dans la région qui inclut aussi plusieurs hôpitaux de Parry Sound, comme on peut le voir au tableau 29. Un très petit pourcentage d'enfants est inclut dans les données de Nipissing/Timiskaming; 0.2% de tous les congés l'étaient pour des troubles émotionnels de l'enfance et de l'adolescence et même un plus petit pourcentage pour le syndrome hyperkinétique ou les retards dans le développement.

Programmes de santé mentale subventionnés

Il y a un bon nombre de programmes financés formellement qui offrent des services dans la région Nipissing/Timiskaming.

* **Programme de santé mentale de l'unité sanitaire de Timiskaming**

  C'est un programme de santé mentale communautaire subventionné qui offre du counseling et de la consultation aux personnes dans Timiskaming. Le service comprend deux équipes de santé mentale (infirmières et travailleurs sociaux) organisées dans des centres urbains clés (Kirkland Lake, New Liskeard). Le travail de l'équipe est complété par les infirmières en santé publique dans le programme général, chacune d'elles avec un petit nombre de cas en santé mentale. Un psychiatre consultant à temps partiel et un psychologue apportent l'aide et l'entraînement aux personnes de première ligne. On maintient une liaison étroite avec l'H.P.N.B. qui revêt une importance particulière pour la coordination des soins, la gestion de cas pour les patients qui ont reçu leur congé.

NIPISSING/TIMISKAMING
CONGÉS 1984/1985 DU % TOTAL DE L'HÔPITAL

		NORTH BAY CIVIC	NORTH BAY ST-JOSEPH'S	KIRKLAND & DISTRICT	NEW LISKEARD	WEST NIPISSING	PARRY SOUND DISTRICT	MATTAWA GENERAL	BURK'S FALLS	NORTH BAY PSYCHIATRIC	ENGLEHART & DISTRICT	TOTAL NIPISSING/ TIMISKAMING
290	Démence sénile et pré-sénile	4.3	0.9	6.4	2.3	0.0	3.8	0.0	4.3	2.5	0.0	2.7
291	Psychose dûe à l'alcoolisme	3.1	1.8	2.3	3.0	1.1	1.5	1.9	0.0	1.1	0.0	1.7
292	Psychose dûe aux drogues	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	1.5	0.7
293/4	Autres psychoses organiques	0.0	0.9	0.6	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.8
295	Schizophrénie	0.6	2.7	2.9	4.9	1.1	7.5	3.8	4.3	36.4	9.2	18.8
296	Psychose affective	9.9	5.5	34.7	9.8	3.2	16.5	15.1	0.0	11.0	7.7	12.4
297	État de paranoïa	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	1.0
298/9	Autres psychoses non-organiques	2.5	2.7	5.8	4.5	8.6	1.9	1.9	0.0	1.9	7.7	3.1
300	Troubles d'ordre neurotique	21.1	20.0	24.3	15.1	14.0	19.5	60.4	34.4	7.7	32.3	15.5
301	Troubles de la personnalité	5.0	2.7	1.7	6.0	1.1	0.8	1.9	8.7	10.8	4.6	6.9
303	Alcoolisme	11.8	15.5	13.3	23.4	31.2	30.8	11.3	21.7	5.6	13.8	13.2
304/5	Abus des drogues et dépendance	1.9	3.6	1.7	4.2	6.5	0.8	0.0	8.7	6.2	6.2	4.5
308	Réaction aiguë au stress	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.3
313	Réaction d'ajustement	0.6	0.0	0.6	0.0	1.1	0.8	0.0	0.0	4.7	0.0	2.4
	Déséquilibre émotionnel de l'enfance et l'adolescence	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2
302/6/7/10/11/12/16	Autres troubles non-psychotiques	38.5	40.9	5.2	24.5	31.2	15.8	1.9	17.4	3.3	16.9	14.0
314	Syndrome hyperkinétique de l'enfance	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1
315	Retard spécifique du développement	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
317/8/9	Retard mental	0.0	0.0	0.6	1.1	1.1	0.0	1.9	0.0	3.3	0.0	1.8
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Source: Centre de traitement des données, ministère de la Santé de l'Ontario

TABLEAU 30

* **Community Contact (Kirkland Lake)**

C'est un programme de récréation et d'activité sociales de l'Association canadienne pour la santé mentale et le bureau de Kirkland Lake tout spécialement destiné aux handicapés psychiatriques adultes. De façon générale c'est un "halte-accueil" avec des groupes d'aide personnelle principalement pour les femmes.

* **Le centre Alliance de Nipissing Ouest (Sturgeon Falls)**

C'est le centre de santé mentale communautaire tout récemment subventionné de Sturgeon Falls. Ce centre offre des service tels que l'évaluation, le diagnostic, la consultation et la thérapie comme rôles principaux. Ce centre joue aussi un rôle dans l'intervention en situation de crise et la réadaptation qui correspond aux besoins des clients qui viennent principalement de la région de Sturgeon Falls, à prédominance francophone.

* **Comité de services en santé mentale de North Bay**

Ce Comité a été institué pour diriger le financement et l'opération des services en santé mentale à North Bay. À cette fin, il distribue le financement directement à deux programmes:

- Le halte-accueil de North Bay qui a été établi par le bureau local de l'A.C.S.M. et offre une gamme de programmes d'activités sociales et récréatives disponibles pour les hommes et les femmes de plus de 18 ans handicapés psychiatriques.

- L'atelier de réadaption professionnelle de l'H.P.N.B. dont le personnel provient de l'H.P.N.B. et offre aux ex-patients psychiatriques une évaluation des habiletés de travail, un entraînement à l'ajustement au travail, du counseling, une liaison et de l'emploi.

Services de désintoxication

Il y a plusieurs services de désintoxication disponibles dans la région:

* **Le programme de traitement de l'Hôpital St-Joseph (North Bay)**

C'est un programme de santé mentale communautaire nouvellement subventionné qui offre des programmes de traitement en résidence. La capacité est de 15 lits. C'est un programme de traitement pour l'alcool et les drogues de 28 jours pour les hommes et les femmes. Une addition pour plus de lits au programme de même qu'un programme pour les patients externes a tout récemment été approuvé.

* **La maison Harmony (Kirkland Lake)**

  C'est une maison de convalescence de 8 lits pour hommes alcooliques qui offre du counseling individuel et de groupe, l'entraînement aux habiletés de la vie et la récréation.

* **Le programme d'évaluation pour les alcooliques de Timiskaming**

  C'est un programme de l'Unité sanitaire de Timiskaming subventionné pour offrir des services d'évaluation et de consultation appropriés pour les résidents de Timiskaming qui ont des problèmes d'alcool.

* **Fondation de la recherche sur la toxicomanie (North Bay)**

  La Fondation de la recherche sur la toxicomanie a un rôle majeur à jouer pour la promotion, la prévention, la recherche et la planification, ainsi que la coordination des services de santé mentale.

* **Le centre de santé Commanda (Sturgeon Falls)**

  Ce centre de santé est généralement destiné aux besoins des groupes autochtones et offre des programmes de counseling pour l'alcool et les drogues.

Les autres programmes reliés à la désintoxication incluent la maison de transition de North Bay pour les hommes alcooliques et la ferme Vitaways pour les programmes de désintoxication destinés aux adolescents.

Services pour les enfants

Les services de santé mentale pour enfants les plus importants dans la région de service Nipissing/Timiskaming sont:

* **Le centre Concordia - North Bay (un centre de santé mentale pour les enfants);**

* **les services pour les enfants et les adolescents - Timiskaming (un centre de santé mentale pour les enfants avec des bureaux à New Liskeard et Kirkland Lake);**

* **L'Aide à l'enfance (Timiskaming et Nipissing);**

* **Les commissions scolaires.**

* * * * *

Comme le rapporte le questionnaire en santé mentale, plusieurs autres groupes et agences ont des rôles à jouer en santé mentale comme les groupes de bénévoles, les programmes financés par le M.S.S.C., les services pour les gens âgés (foyers pour personnes âgées et maisons de soins infirmiers), les centres d'amitié pour les indiens, la police, les centres de ressources pour la famille et les associations pour les handicapés mentaux.

Organisations de planification

Il n'y a pas de conseil de la santé à Nipissing/Timiskaming. Cependant le ministère des Services sociaux et communautaires, le ministère des Services correctionnels rapportent qu'ils ont un rôle à jouer dans la responsabilité de la planification et la coordination des services en santé mentale.

Le Comité des services en santé mentale de North Bay souligne que son rôle majeur est dans la planification et la coordination mais que ses fonctions sont relativement limitées actuellement vu qu'il ne subventionne seulement que deux petits programmes. Dans Timiskaming, le Comité aviseur du programme de santé mentale de l'Unité sanitaire de Timiskaming joue un rôle de chef de file dans le développement des services dans leur région.

Pour ce qui est des enfants, les centres de santé mentale pour enfants et le groupe aviseur et de coordination pour les services pour enfants jouent un rôle de chef de file dans la planification des services.

Ces organismes devraient être approchés pour participer au C.G.S.M.C..

Forces et faiblesses

Pour Nipissing/Timiskaming (quelques-uns de Parry Sound aussi) le taux de réponse aux questionnaires a été de 25% pour les omnipraticiens et de 40% pour les agences et organismes qui ont reçu le questionnaire ou ont participé à l'entrevue.

En réponse à la question sur les forces dans les services en santé mentale actuels, 18% des omnipraticiens n'ont mentionné aucune force, 15% ont mentionné le service externe de l'H.P.N.B. comme une force. Les autres dispensateurs de soins et agences ont indiqué que le personnel dévoué et qualifié de même que les unités sanitaires étaient de grandes forces de Nipissing/Timiskaming; mais seulement 15% et 12% ont rapporté que ces services étaient des forces. Les services pour les enfants comme le S.A.E. et les centres de santé mentale pour enfants étaient considérés comme des forces par 10% de ceux qui ont répondu aux questionnaires.

L'H.P.N.B. n'a pas été mentionné comme une force par les omnipraticiens et seulement 8% des autres groupes ont mentionné l'hôpital comme une force,en dépit du fait que c'est le seul service pour soins psychiatriques aigus désigné pour la région.

Il n'y avait pas vraiment de consensus pour les forces à conserver dans le modèle.

Le taux de réponse à la question sur les faiblesses a été plus important; 35% ont rapporté comme faiblesse la pénurie de psychiatres et près de 30% ont mentionné le manque de lits et de services. Venait à la suite de ces deux réponses, la pénurie de professionnels, le manque de clarté des rôles et le manque de communication et de coordination comme les plus grandes faiblesses.

Les autres dispensateurs de soins et agences ont signalé des faiblesses majeures dans le manque de services pour les enfants et les adolescents (23%), suivi d'un manque de communication et de coordination (18%) et un manque d'éducation du public (16%).

Mise en application du modèle

Comme on peut le voir au tableau 31 qui suit, la base de population de Nipissing/Timiskaming employé est 121 100 pour un modèle dont la mise en appplication devrait être complétée en l'an 2001. Le groupe d'usagers des services psychiatriques ou la population chronique est estimée à 758 soit 6.25 handicapés mentaux chroniques par mille de population générale.

Les services régionaux de psychiatrie sont montrés dans le modèle pour Nipissing/Timiskaming car les résidents auront accès à ces services hautement spécialisés quand cela sera nécessaire. Autrement, les services qui sont identifiés dans la région de service devraient être suffisants, de façon générale, pour satisfaire les besoins de la population.

Gestion de cas

Actuellement, plusieurs groupes sont responsables de la fonction de gestion de cas. Les unités sanitaires de Nipissing/Timiskaming ont établi les programmes. Les efforts et les forces de ces dispensateurs de soins devraient être conservés dans le nouveau modèle et servir de bases solides pour le développement futur.

Des responsables de la gestion de cas additionnels sont requis pour que le nombre de 25 à 30 responsables de la gestion de cas soit atteint. Comme près de 30% de la région géographique de Nipissing/Timiskaming est francophone, au moins 8 de ces responsables de gestion de cas devraient être parfaits bilingues. 1 ou 2 des responsables de gestion de cas devraient être des autochtones, de façon à assurer les liens nécessaires avec les réserves et que les besoins spéciaux des autochtones soient satisfaits.

Les responsables de gestion de cas devraient être disponibles autant dans les grandes communautés (North Bay, New Liskeard, Kirkland Lake) que dans les régions plus petites comme Sturgeon Falls et Matawa.

Programme de soutien à la vie autonome (S.V.A.)

Le programme d'entraînement aux habiletés de la vie et à l'intégration à la communauté sont offerts actuellement par le programme d'adaptation social de l'H.P.N.B., cependant, ces services sont offerts principalement en milieu hospitalier.

APPLICATION DU MODÈLE DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE NIPISSING/TIMISKAMING EN L'AN 2001
BASE DE POPULATION GÉNÉRALE: 121 100
POPULATION PSYCHIATRIQUE CHRONIQUE: 758

SERVICES PSYCHIATRIQUES RÉGIONAUX	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATION/ADDITION NETTE
1. UNITÉ ADULTE SÉCURITAIRE	SERVICE RÉGIONAL - 26 LITS	24 LITS ET PERSONNEL NÉCESSAIRES AU H.P.N.B.	
2. UNITÉ SPÉCIALISÉE POUR ADULTES ACCUSANT DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT MENTAL	SERVICE RÉGIONAL - 26 LITS	IL N'Y A RIEN DE FORMELLEMENT ÉTABLI DANS LE NORD-EST DE L'ONTARIO OU LE NORD-OUEST DE L'ONTARIO, CEPENDANT 18 PATIENTS EN RÉADAPTATION SPÉCIALE AU H.P.N.B. QUI SE QUALIFIERONT POUR CE GENRE DE SERVICES	UNITÉ DE 26 LITS POUR LES ADULTES QUI ONT DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT MENTAL AVEC UN PERSONNEL DE 27 À 30 PERSONNES; IL Y A POSSIBILITÉ DE 60 À 70% D'INFIRMIÈRES PROFESSIONNELLES.
3. UNITÉ DE SOINS CONTINUS POUR ADULTES	SERVICE RÉGIONAL - 60 LITS	UNITÉ SPÉCIALE DE RÉADAPTATION DE 154 LITS ET LE PERSONNEL DU H.P.N.B.	
4. UNITÉ D'HOSPITALISATION POUR ENFANTS	SERVICE RÉGIONAL - 10 LITS	32 LITS À ALGOMA SUDBURY POUR DESSERVIR LE NORD-EST ET LE NORD-OUEST DE L'ONTARIO, PARRY SOUND, MUSKOKA ET LES ENVIRONS	CENTRALISATION DES 10 LITS POUR ENFANTS DANS LE NORD-EST DE L'ONTARIO SEULEMENT
COMPOSANTES ESSENTIELLES DU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DANS LA RÉGION DE SERVICE			
5. SERVICES ADULTES DANS LA COMMUNAUTÉ			
-SERVICES DE GESTION DE CAS	25-30 RESPONSABLES DE GESTION DE CAS	UNE FONCTION FRAGMENTAIRE ASSUMÉE PAR PLUSIEURS GROUPES: PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE DE L'UNITÉ DE SANTÉ - TIMISKAMING - 6 PERSONNES PROGRAMMES DE GESTION DE CAS EN SANTÉ MENTALE DE NORTH BAY ET DE LA RÉGION - 2 RESPONSABLES DE GESTION DE CAS	17-22 RESPONSABLES DE GESTION DE CAS

TABLEAU 31

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		TRAVAILLEURS SOCIAUX AU H.P.N.B.	
		AUTRES UNITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE V.O.N., PROGRAMME COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ MENTALE	
		ASSOCIATION DES HANDICAPÉS MENTAUX (PERSONNES ACCUSANT DES RETARDS DÉVELOPPEMENTAUX AVEC DEUX DIAGNOSTICS)	
- PROGRAMMES DE SOUTIEN À LA VIE AUTONOME (S.V.A.)	10 TRAVAILLEURS S.V.A.	PROGRAMME D'ADAPTATION SOCIALE DU H.P.N.B. AVEC LE PERSONNEL NÉCESSAIRE	CONCEPT DE TRANSFERT ET LE PERSONNEL POUR CE PROGRAMME COMMUNAUTAIRE
- HÉBERGEMENT AVEC SUPPORT ÉLEVÉ/MOYEN	15 LITS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 18-22	RIEN	8 LITS - PERSONNEL DE 24 HEURES (1 INFIRMIÈRE 1 AIDE) ET 9 À 11 PERSONNES ADDITIONNELLES 7 LITS - PERSONNEL DE 24 HEURES (1 INFIRMIÈRE, 1 AIDE) ET 9 À 11 PERSONNES ADDITIONNELLES
-HALTE-ACCUEIL	2 À 4 CENTRES AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 4 À 8	NORTH BAY C.M.H.A. DROP IN - 4 PERSONNES	NOUVEAUX PROGRAMMES AVEC POSSIBLEMENT 3 PERSONNES ADDITIONNELLES SI REQUIS - CHACUN DEVRAIT AVOIR 1 À 2 EMPLOYÉS PAYÉS ET UNE IMPLICATION IMPORTANTE DE BÉNÉVOLES
-PROGRAMME D'EMPLOIS .SITE DE TRAVAIL SUPERVISÉ	1 À 2 SITES DE TRAVAIL AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 3 À 6 PERSONNES	CONTACT COMMUNAUTAIRE (KIRKLAND LAKE) 1 PERSONNE	
.PROGRAMMES DE DÉVELOPPEMENT D'EMPLOIS	2 À 3 SURVEILLANTS DE TRAVAIL	ATELIER DE DÉVELOPPEMENT PERSONNEL AU H.P.N.B. - 10.5 PERSONNES	POSSIBLEMENT 1 NOUVEAU SITE DE TRAVAIL
.PROGRAMMES DE COUNSELING ET D'ASSISTANCE À L'EMPLOI	ACCÈS AU PROGRAMME POUR LES PERSONNES À HAUT POTENTIEL	CENTRES D'EMPLOI CANADA	2 À 3 SURVEILLANTS DE TRAVAIL
		COMMISSIONS SCOLAIRES	
		PROGRAMMES COLLÈGES COMMUNAUTAIRES -YOUTH START (CANADORE)	
		CONSEIL DES SERVICES SOCIAUX	
		SEVEN ARROWS LEARNING CENTRE	

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
		NATIVE FRIENDSHIPS/NATIVE TRAINING PROGRAMS	
- CENTRES DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRES	LARGE ÉVENTAIL DE PROGRAMMES DE COUNSELING, D'ÉDUCATION, DE PRÉVENTION ET D'AIDE PERSONNELLE REQUIS POUR SATISFAIRE LES BESOINS LOCAUX	FONCTIONS ASSUMÉES PAR UN GRAND NOMBRE DE GROUPES:	CET ÉLÉMENT EST DIFFICILEMENT QUANTIFIABLE QUANT AUX BESOINS QUI SEMBLENT ILLIMITÉS - LES PRIORITÉS DOIVENT ÊTRE ÉTABLIES PAR LA RÉGION DE SERVICE
		WEST NIPISSING ALLIANCE CENTRE IN STURGEON FALLS - 2 À 3 PERSONNES	
		CENTRE DE LA VIE DE FAMILLE DE NORTH BAY - 14 PERSONNES	
		PROGRAMMES DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRES	
		CENTRE D'AMITIÉ DES AUTOCHTONES	
		OMNIPRATICIENS	
		INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE, V.O.N.	
		TRAVAILLEURS SOCIAUX DANS LES HÔPITAUX	
		DÉPARTEMENT DES SERVICES SOCIAUX	
		PROGRAMMES YMCA/YWCA	
		PROFESSIONNELS EN PRATIQUE PRIVÉE	
		RECOVERY INCORPORATED	

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
-AUTRES SERVICES DÉVELOPPÉS LOCALEMENT		MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR SOINS SPÉCIAUX 92 LITS DANS 15 MAISONS	ACCÈS À LA GESTION DE CAS ET S.V.A SI NÉCESSAIRE
6. SERVICES ADULTES EN ÉTABLISSEMENT	1 OU 2 PROGRAMMES FORMELS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 6 À 8	RIEN DE FORMEL	1 À 2 PROGRAMMES FORMELS AVEC UN TOTAL DE 6 À 8 PERSONNES
-PROGRAMME D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE	DANS LES PETITS HÔPITAUX - TOUT LE PERSONNEL DOIT ÊTRE ENTRAÎNÉ POUR FAIRE FACE AUX CRISES	HÔPITAUX COMMUNAUTAIRES AUTRES PROGRAMMES QUI ONT UN RÔLE A JOUER NORTH BAY CRISIS HOUSE NIPISSING TRANSITION HOUSE PERSONNEL ET TRAVAILLEURS SOCIAUX DU H.P.N.B., SOINS AMBULATOIRES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS C.A.S. ASSOCIATION POUR LES HANDICAPÉS MENTAUX INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE. V.O.N. CENTRE DE LA VIE DE FAMILLE CENTRE DE L'AMITIÉ DES INDIENS CENTRE DE RESSOURCES FAMILIALES RAPE CRISIS CENTRE P.P.O. OMNIPRATICIENS MAISONS POUR LES PERSONNES ÂGÉES, MAISONS DE SOINS INFIRMIERS	ENTRAÎNEMENT POUR LES HÔPITAUX COMMUNAUTAIRES ET LES AUTRES AGENCES AVEC DES LIENS FORTS DE RÉSEAUX ET DE COMMUNICATION

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS MAISONS POUR SOINS SPÉCIAUX DÉPARTEMENT DE SERVICES SOCIAUX	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
-LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES AIGUS	49 LITS DISTRIBUÉS ENTRE NIPISSING ET TIMISKAMING AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 50 À 53	52 LITS DE SOINS AIGUS (ET CHRONIQUES) AU H.P.N.B. AVEC LE PERSONNEL SERVICE À L'AIGU DISPENSÉ PAR LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX À L'INTÉRIEUR DE LA RÉGION	7 LITS À NIPISSING 16 LITS À TIMISKAMING AVEC L'ENTRAÎNEMENT NÉCESSAIRE POUR LE PERSONNEL 23 LITS ADDITIONNELS AU TOTAL
-PROGRAMME SATELLITE DE GÉRIATRIE	2 PROGRAMMES FORMELS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 4 À 5	RIEN DE FORMEL - SERVICE SATELLITE AU H.P.N.B.	2 PROGRAMMES FORMELS(1 À NIPISSING 1 À TIMISKAMING) AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 4 À 5
-SERVICES DE SOINS AMBULATOIRES	2 SERVICES FORMELS POUR SUPPORTER LES FONCTIONS DE PATIENTS HOSPITALISÉS AVEC UN TOTAL DE 15 À 20 PERSONNES	SERVICE AUX PATIENTS EXTERNES AU H.P.N.B. AVEC LE PERSONNEL	2 SERVICES (1 À NIPISSING 1 À TIMISKAMING) AVEC UN ÉVENTAIL DE PROGRAMMES DE TRAITEMENT - PERSONNEL TOTAL DE 15 À 20
-SERVICE D'HÉBERGEMENT	1 OU 2 AUBERGES AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 2 À 4	RIEN	1 À 2 AUBERGES AVEC UN PERSONNEL DE 2 À 4 PERSONNES ADDITIONNELLES
7. LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES AIGUS POUR ENFANTS	10 LITS DE SOINS AIGUS AVEC UN PERSONNEL TOTAL DE 13 À 16 PERSONNES	RIEN	10 LITS AVEC UN PERSONNEL DE 3.5 LE JOUR ET LE SOIR; 1 INFIRMIÈRE ET 2 TRAVAILLEURS DE SOINS AUX ENFANTS, 0.5 RÉCRÉOLOGUE; 1 INFIRMIÈRE ET UN TRAVAILLEUR POUR LES SOINS AUX ENFANTS LE SOIR(LE PERSONNEL TOTAL 13-16 PERSONNES)
8. CENTRE DE SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS	7 À 8 INFIRMIÈRES EN SANTÉ MENTALE EN PLUS D'AUTRES SERVICES DISPONIBLES PRÉSENTEMENT	CENTRE CONCORDIA - NORTH BAY - 10 PERSONNES SERVICE À L'ENFANCE ET À L'ADOLESCENCE - TIMISKAMING 5.3 PERSONNES	INTÉGRATION DES INFIRMIÈRES EN SANTÉ PUBLIQUE À L'INTÉRIEUR DU SYSTÈME SCOLAIRE- 7 À 8 INFIRMIÈRES EN SANTÉ MENTALE LOCALISÉES À L'ÉCOLE.

	EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
9. PSYCHIATRES	12 PSYCHIATRES POUR NIPISSING/ TIMISKAMING 3 PSYCHIATRES POUR LES SERVICES RÉGIONAUX	12.5 AU H.P.N..B. 1 PSYCHIATRE PRIVÉ À NORTH BAY 1 PSYCHIATRE À TEMPS PARTIEL DE ROUYN POUR CONSULTATION À TMISKAMING	JUSQU'À 1.5 DE PSYCHIATRES ADDITIONNELS DISTRIBUÉS À L'INTÉRIEUR DE LA RÉGION
10. SERVICES DE DÉSINTOXICATION LES COMPOSANTES DU PROGRAMME INCLUENT: -BUREAU CHEF -ÉVALUATION TRANSFERT ET GESTION DE CAS -PROGRAMME DE TRAITEMENT DE JOUR -PROGRAMME SOINS AMBULATOIRES -PROGRAMME APRÈS-SOINS -LITS DE DÉSINTOXICATION -RÉSIDENCES AVEC SURVEILLANCE -TRAVAILLEURS DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION COMMUNAUTAIRES	UN PROGRAMME COMPLET PAR RÉGION DE SERVICE POUR COMPLÉTER ET AUGMENTER LES SERVICES DÉJÀ EXISTANTS	AUCUN SERVICE DE CE GENRE EN CE MOMENT	PROJET PILOTE POUR ALGOMA SUDBURY SUIVI DE LA CONCEPTION ET DE L'INSTAURATION DU SERVICE AVEC LE PERSONNEL REQUIS EXIGEANCE DE NIPISSING/TIMISKAMING: 20 À 25 PERSONNES EN PLUS DE L'ESPACE ET DE L'ÉQUIPEMENT ET DES LITS DE DÉSINTOXICATION
SERVICES EXISTANTS		FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA DÉSINTOXICATION - 4 PERSONNES PROGRAMME CONTRE L'ABUS DES DROGUES ET L'ALCOOLISME - CENTRE ST-JOSEPH, NORTH BAY - 15 LITS AVEC 7 PERSONNES HARMONY HOUSE KIRKLAND LAKE - 4 PERSONNES	LIENS AVEC LES PROGRAMMES COMPLETS SI NÉCESSAIRE

EXIGENCES DE L'AN 2001	SERVICES ACTUELS	AUGMENTATIONS/ADDITIONS NETTES
	CENTRE DE SANTÉ COMMANDA (STURGEON FALLS) 4 TRAVAILLEURS	
	NORTH BAY HALF-WAY HOUSE - HOMMES ALCOOLIQUES (15)	
	VITA WAY FARM 16 LITS 2 PERSONNES (PROGRAMME DE 3 MOIS - DÉSINTOXICATION - ADOLESCENCE)	
	PROGRAMME D'ÉVALUATION DE L'ALCOOLISME TIMISKAMING - TIMISKAMING UNITÉ DE SANTÉ 1.1 PERSONNES	

Tel que décrit dans la section des composantes du modèle, les idées sous-jacentes au programme P.A.S. devraient continuer (v.g. établissement de relations) mais les habiletés devraient être apprises dans la communauté et préférablement dans le foyer même de la personne ou son environnement immédiat.

A Nipissing/Timiskaming 10 travailleurs S.V.A. sont requis, 3 d'entre eux devraient être parfaits bilingues ou francophones et au moins 1 d'entre eux devrait être un autochtone.

Logement avec soutien élevé-moyen

Il existe un grand besoin de développer de l'hébergement avec soutien élevé-moyen dans Nipissing/Timiskaming parce qu'il n'y a rien de disponible présentement. On croit nécessaire d'avoir 2 maisons avec le personnel professionnel nécessaire pour un total de 15 lits. Une de ces maisons devrait être considérée pour Kirkland Lake ou la région de Tri-Town en tenant compte de l'endroit sélectionné pour le nouveau service désigné de psychiatrie avec les programmes de soins ambulatoires.

Haltes-accueil

Il y a 2 haltes-accueil dans cette région de service localisés à North Bay et Kirkland Lake. Le centre de North Bay est le halte-accueil le plus actif dans le Nord-Est de l'Ontario, et il a été établi pour offrir des opportunités d'activités sociales et récréatives pour les malades mentaux chroniques dont plusieurs ont été hospitalisés au préalable à l' H.P.N.B.. L'organisme Contact communautaire à Kirkland Lake est un programme beaucoup plus petit qui reçoit surtout des femmes sur une base journalière.

Dans le modèle proposé, le C.G.S.M.C. pourrait choisir d'augmenter ces deux programmes ou d'en introduire de nouveaux dans la région comme à Sturgeon Falls, des centres qui pourraient être bénéfiques aux patients francophones ou considérer la région de Tri-Town comme endroit possible.

Programmes d'emploi

Un atelier pour les professions, sous la direction de la ville de North Bay, est offert conjointement par l'H.P.N.B. et le Conseil de services en santé mentale. Dans l'avenir, quand la population des ex-patients psychiatriques chroniques aura été réduite, on devrait pouvoir réduire l'ampleur de cette fonction et peut-être créer un site de travail à Kirkland Lake ou à Tri-Town.

Un programme de développement d'emploi avec un personnel à temps complet de 2 à 3 personnes qui, de façon générale, travaillerait dans les plus grands centres de population est aussi requis. Des relations étroites devraient être développées entre les travailleurs en santé mentale et les organismes comme le Centre d'emploi Canada, les commissions scolaires, les collèges communautaires, le Seven Arrows Learnings Centre pour que les personnes à haut potentiel puissent avoir accès aux programmes appropriés.

Maisons pour soins spéciaux

Les maisons pour soins spéciaux offrent chambre et pension pour les patients psychiatriques qui ont reçu leur congé et sont subventionnées par le ministère de la Santé. Ces maisons devraient être considérées comme une des ressources de logement pour les personnes handicapées mentales chroniques. Les responsables de gestion de cas devraient travailler avec les programmes de ces maisons comme ils le feraient avec des surintendants privés et des propriétaires de maisons de pension en leur procurant l'aide et l'assitance requises pour maintenir le client à son plus haut taux de fonctionnement. Les travailleurs S.V.A. iront dans les maisons de convalescence pour soins spéciaux, si les plans de traitement individuels le prévoient. Dans la région de North Bay, il y a présentement 92 lits dans 15 maisons.

Programmes d'intervention en situation de crise

Il n'y a présentement aucun programme formel d'intervention en situation de crise dans les régions de Nipissing/Timiskaming. Il y a, cependant, une variété d'agences et d'organismes qui sont impliqués dans les services d'intervention en situation de crise, le North Bay Crisis House, le Nipissing Transition House, les hôpitaux, l'H.P.N.B., les infirmières en santé publique et plusieurs dispensateurs de soins pour les enfants. De même, le Centre de vie familiale de Norht Bay, le Centre de l'amitié des Indiens, la Police provinciale de l'Ontario, les omnipraticiens et les dispensateurs de soins pour les personnes âgées, tous rapportent qu'ils ont un rôle à jouer.

D'après ce modèle, 1 ou 2 programmes formels en établissement sont recommandés. Ces programmes seront vraisemblablement localisés à des endroits de service désignés ou sont groupés les professionnels entraînés en santé mentale. Les programmes formels avec un personnel entraîné devraient prendre l'initiative d'éduquer d'autres hôpitaux dans la région de service dans le rôle qu'ils ont à jouer dans les crises reliées à la santé mentale ou d'autres genres. Ils pourraient aussi assister les travailleurs en santé mentale dans les petites communautés pour développer des politiques et des manières de procéder pour faire face aux crises.

Comme on peut le voir au tableau 31, plusieurs dispensateurs de soins et agences qui font face aux situations de crise pourraient bénéficier de bonnes relations de travail avec les programmes formels d'intervention en cas de crise.

Lits de soins psychiatriques aigus

Il y a 26 lits de psychiatrie à l'H.P.N.B. pour Nipissing/Timiskaming Parry Sound. Ils ne sont pas très utilisés et les autres hôpitaux, comme on l'a dit au préalable, offrent aussi des services de soins psychiatriques aigus.

Les 49 lits nécessaires pour cette région de service devraient être distribués de la façon suivante:

- 33 lits à Nipissing (au futur hôpital régional de North Bay)

- 16 lits à Timiskaming

C'est presque le double du nombre actuel de lits désignés (26) pour cette région de service.

Programme satellite de gériatrie

Ce programme requiert 4 ou 5 professionnels et 1 psychiatre. Le programme sera probablement localisé au futur hôpital psychiatrique de North Bay et le programme satellite sera sous la responsabilité des travailleurs qui devront se rendre aux communautés plus petites. Le C.G.S.M.C. devrait envisager la possibilité d'avoir un spécialiste à Timiskaming.

Services de soins ambulatoires

Ces services sont recommandés pour l'établissement des programmes de traitements actifs pour supporter les services de soins psychiatriques aigus. Ces programmes seront disponibles aux patients qui doivent parcourir une certaine distance pour recevoir ces services et pour les personnes dans la communauté qui vivent au foyer et doivent se déplacer pour recevoir les services. Actuellement, l'H.P.N.B. a une clinique externe dans la ville de North Bay. Les services qu'on recommande dans ce modèle seront plus nombreux et rendus plus accessibles aux patients hospitalisés aussi bien qu'aux patients externes et devront, de ce fait, être localisés à l'hôpital.

Deux services de soins ambulatoires sont recommandés pour supporter les services hospitaliers désignés à Nipissing et Timiskaming.

Auberge

Une ou deux auberges sont requises pour les patients qui reçoivent des soins ambulatoires et qui ont à parcourir une certaine distance , mais ne requièrent pas l'hospitalisation.

Les lits de soins psychiatriques aigus pour les enfants

Actuellement, ce genre de lits n'existe pas dans Nipissing/Timiskaming. On recommande donc 10 lits avec le personnel requis à être vraisemblablement développés au futur hôpital de North Bay ou près de celui-ci. Tel que mentionné au préalable, ce service devrait amener une amélioration importante aux services pour les enfants dans la région de service. Un pédopsychiatre ou un psychiatre avec l'expérience du travail avec les enfants devrait être recruté pour ce service.

Centres de santé mentale pour les enfants

Le centre Concordia à North Bay et les services pour enfants et adolescents de Timiskaming sont des éléments importants et des forces dans le système de santé mentale. L'augmentation de services, des centres de santé mentale pour enfants dans toutes les régions de service est suggérée par l'intégration dans le système scolaire des infirmières en santé publique qui travaillent en santé mentale.

Psychiatres

En s'appuyant sur le nombre 1 psychiatre par 10 000 de population générale, la région de Nipissing/Timiskaming a un nombre suffisant de psychiatres si on prend en considération le nombre actuel à l'H.P.N.B.. Le problème réside surtout dans la redistribution de ces ressources avec le nombre réduit de lits à l'hôpital psychiatrique régional. Par exemple, Timiskaming pourrait, basé sur cette norme, procéder au recrutement de 4 psychiatres. On devrait prendre note, cependant, que le modèle proposé ne dépend pas seulement du nombre de psychiatres mais recommande aussi que les omnipraticiens soient entraînés et perfectionnés pour faire face aux besoins continus de maintien et de support des handicapés psychiatriques chroniques dans leur communauté. Au moins 4 des psychiatres de Nipissing/Timiskaming devraient être bilingues et il serait vraiment désirable que les 3 psychiatres qui dirigeront les services régionaux en psychiatrie soient tous bilingues.

Services de désintoxication

Tel que discuté précédemment, la région de Nipissing/Timiskaming a plusieurs services de désintoxication qui offrent plusieurs genres de programmes d'évaluation et de traitement incluant un programme d'abus des drogues et de l'alcool à l'Hôpital St-Joseph de North-Bay, le Harmony House, le Vita Way Farm et un nouveau programme d'évaluation de l'alcoolisme à l'Unité sanitaire de Timiskaming.

Le modèle Algoma de Sudbury offre une gamme complète d'alternatives de traitement laquelle pourrait être introduite et adaptée aux besoins de Nipissing/Timiskaming pour compléter les services actuels. Un tel service pourrait être localisé à North Bay par exemple, avec des travailleurs pour les services de désintoxication dans les communautés de Sturgeon Falls, Kirkland Lake et Tri-Town de façon à offrir plus de services locaux et des consultations appropriées avec le programme plus important de North Bay. On a recommandé que le programme Algoma de Sudbury soit approuvé et que cette expérience-pilote soit considérée quand les autres régions de services commenceront à planifier et mettre en application leur programme dans les 2 ou 3 prochaines années.

Considérations de mise en application

Les dispensateurs de soins et les agences à Nipissing/Timiskaming ont suggéré que les obstacles majeurs suivants devront être considérés dans la mise en application du nouveau modèle de service en santé mentale. Ces obstacles sont placés ici par ordre de fréquence.

- 46% ont mentionné le manque de financement;
- 18% ont mentionné le manque de personnel
- 16% ont mentionné le manque de communication.

Ces 3 réponses étaient les plus fréquentes. Un des autres obstacles mentionnés par ceux qui ont répondu aux questionnaires est la distance et l'isolement, les attitudes du public, le manque de clarté des rôles des dispensateurs de soins, la compétition et la rivalité entre les agences.

Quelques unes des activités principales de mise en application seront:

- l'établissement d'un C.C.S.M.C., la conservation des forces des services actuels v.g. prendre les dispositions nécessaires avec les unités sanitaires pour établir des relations étroites et des lignes de responsabilité pour les infirmières qui continueront à assumer la fonction essentielle de gestion de cas;
- l'éducation du public et la promotion du modèle de façon à préparer le public pour le modèle et ses composantes de services;
- une nouvelle définition globale des fonctions de traitement et d'hébergement par les dispensateurs de soins pour correspondre aux exigences du modèle;
- la planification du redéveloppement du service de psychiatrie régional et la redistribution et l'entraînement du personnel de l'H.P.N.B. pour assumer de nouveaux rôles dans le système;
- la planification du traitement individuel et la désinstitutionnalisation sélective des patients de l'H.P.B.N., et l'opportunité pour le client de retourner dans son milieu familial;
- le développement des services de soins psychiatriques aigus adultes à North Bay, ainsi que dans un hôpital de Timiskaming offrant des services ambulatoires, de l'hébergement et des programmes d'intervention en situation de crise selon le cas;
- la planification de services de soins psychiatriques aigus pour enfants et le recrutement d'experts pour services auprès des enfants;
- le recrutement et la conservation des travailleurs en santé mentale francophones et autochtones et, en l'an 2001 l'objectif visé devrait être de 65 à 76 travailleurs de santé mentale bilingues ou francophones et 8 travailleurs autochtones dans des postes clés;

- l'éducation et l'entraînement des travailleurs en santé mentale dans la région de service;

- la création d'un niveau approprié d'hébergement pour satisfaire les besoins des résidents de Nipissing/Timiskaming;

- sur une période de temps, réduire le nombre de travailleurs à North Bay de façon à augmenter les services dans les autres parties de la région de service vu que la population psychiatrique est appelée à décliner à mesure que les régions de service vont introduire le programme, l'hébergement et les autres services de soutien.

De même, on devrait considérer la décision d'établir un conseil régional de la santé. Dans ce modèle on recommande que le conseil régional de la santé s'occupe de la planification générale des services en santé mentale et fasse les recommandations nécessaires concernant les priorités au ministère de la Santé. De plus, la voix régionale du Nord devrait être une fonction conjointe des sous comités de santé mentale des conseils régionaux de la santé. A la lumière de ces événements, il semble bien que le temps soit venu pour Nipissing/Timiskaming d'organiser formellement un conseil régional de la santé.

Une autre considération importante de la mise en application qui doit être discutée ici est:

- la recommandation que Nipissing/Timiskaming travaillent ensemble comme une seule région de service pour offrir les services en santé mentale dans la coopération et l'efficacité sous un seul C.G.S.M.C..

Traditionnellement, les deux régions ont été indépendantes l'une de l'autre. Pendant cette étude, le représentant de Timiskaming sur le Comité de direction a fortement appuyé sur le fait que la région devrait être considérée comme une région de service séparée. Les raisons principales pour cette requête étaient que:

- Timiskaming est un district politique reconnu avec son propre territoire et ses propres frontières;

- Timiskaming a développé un excellent système de support communautaire pour ses résidents qui font face à des troubles de santé mentale - le programme de gestion de cas de l'Unité sanitaire de Timiskaming est l'un des meilleurs du Nord-Est. Cette approche aux soins est unique et différente de celle qu'on offre à Nipissing.

- le ministère des Services sociaux et communautaires reconnaît Timiskaming comme un district séparé et unique et subventionne le centre de santé mentale pour les enfants dans Timiskaming.

- les dispensateurs de soins sont convaincus que la planification des services en santé mentale aurait plus de succès si on la réalisait à une échelle plus petite que celle proposée avec un C.G.S.M.C..

- les dispensateurs de soins de Timiskaming pensent qu'ils vont perdre beaucoup de ce qui a déjà été développé s'ils sont intégrés à la région plus large de Nipissing avec une population de 80 000.

Le Comité de direction a pris en considération les soucis de Timiskaming mais a jugé que Timiskaming devrait quand même être considérée comme une partie de la région de service Nipissing/Timiskaming. Une des raisons de cette décision est que le ministère de la Santé de l'Ontario exige une population minimum de 100 000 pour l'établissement d'un agent de planification formel, un conseil régional de la santé avec une région de planification d'une grandeur raisonnable. Les régions combinées de Nipissing/Timiskaming représentent 120 000 de population totale. Le Comité de direction a pris en considération les forces qui existent présentement à Timiskaming et le fait que le programme de gestion de cas est le programme le plus avancé de la région. Il est donc possible de s'en servir comme modèle, non seulement pour Nipissing, mais aussi pour d'autres parties du Nord-Est. Le Comité est d'avis que les dispensateurs de soins de Timiskaming peuvent et doivent assumer un rôle de leadership, un atout majeur pour le C.G.S.M.C., dans la mise en application d'importance de ce modèle à l'intérieur de la région de service Nipissing/Timiskaming.

* * * * *

Comme on peut le voir au tableau 21, le sommaire des postes en santé mentale, la région de service de Nipissing/Timiskaming a 77 à 78 travailleurs qui occupent des postes dans des organismes autres que l'H.P.N.B.. Ce nombre sera augmenté dans le modèle de 232 à 272 travailleurs, centrés tout spécialement sur les services aux résidents de Nipissing/Timiskaming. Le personnel pour la région de service pourra coûter jusqu'à 9.5 millions par année. Ce chiffre est à l'exclusion du personnel pour le nouveau service de psychiatrie régional de North Bay.

LE CAS SPÉCIAL DE PARRY SOUND

Pour les raisons mentionnées au préalable, cette étude ne présente aucune recommandation spécifique pour Parry Sound. On rapporte que Parry Sound/Muskoka pourrait établir son propre conseil régional de la santé qui pourrait prendre un certain temps avant d'être mis en place. Le modèle de santé mentale proposé pour le Nord-Est de l'Ontario est assez flexible pour s'adapter à cette région en ce qui a trait aux composantes essentielles de santé mentale suggérées pour chacune des régions de service. Ceci n'élimine pas, cependant, l'exigence pour des services régionaux, comme les soins continus, les services pour les personnes handicapées dans leur développement et les services de médecine légale, qui pourraient être offerts par Penetanguishine ou l'H.P.N.B.. Il n'y a aucune provision dans ce modèle pour les 70 000 à 80 000 résidents de Parry Sound/Muskoka et si on s'attend à ce que les services régionaux du Nord-Est soient responsables du soin pour ces résidents, des services additionnels doivent être planifiés.

De même, 33 lits pour soins psychiatriques aigus qui doivent être localisés à North Bay sont planifiés pour Nipissing seulement. En se basant sur la norme de 0.4 lits par 1000 de population la région Parry Sound/Muskoka a besoin d'un total de 32 lits pour rencontrer les besoins en soins psychiatriques aigus de ses résidents.

Il sera important pour le ministère de la Santé, de prendre une décision rapide en ce qui regarde la mise en application du modèle total pour Parry Sound/Muskoka et de même décider aussi si les consultations pour les services régionaux seront dirigées au Sud vers Penetanguishine ou à North Bay. Les admissions dans les lits de North Bay ajouteraient une pression indue à un système qui a déjà des objectifs ambitieux de garder les lits d'hôpitaux à un minimum.

VIII. MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME COMPLET DE SANTÉ MENTALE

Ce rapport se veut un instrument de départ et de vision pour un système complet et équilibré de soins en santé mentale pour le Nord-Est de l'Ontario. Tout au long de la discussion, la portée principale est dirigée vers le développement d'une autosufisance raisonnable à l'intérieur des 4 régions de service avec l'assurance que le continuum de services essentiels est en place et accessible à tous les résidents.

À ce point de vue, le défi à relever est d'édifier sur les forces actuelles et sur l'expertise des dispensateurs de soins qui sont présentement dans le système. Le fait que chaque région de service a un point de départ différent signifie que la mise en place du modèle doit être aussi flexible que créatrice. Pour cette raison, la mise en place proposée est quelque peu complexe étant donné que chacune des 4 régions de service doit faire face à ses propres défis. Algoma et Cochrane doivent augmenter leur service de soins psychiatriques aigus en établissement; Manitoulin/Sudbury doivent pour leur part effectuer une réduction dans leurs lits. Nipissing/Timiskaming doivent relever le défi de développer un complexe de santé complet à North Bay et redistribuer les ressources à Timiskaming qui compte 1/3 de la population de la région de service. L'augmentation des services communautaires est requise à l'intérieur de toutes les régions.

La mise en place, comme le démontre le tableau 32, va vraisemblablement prendre de 8 à 10 ans du début. Le calendrier de réalisation, cependant, dépend largement de la proposition d'initiatives et d'objectifs annuels, le tout suffisamment supporté par le financement du ministère de la Santé. La première année est tout spécialement critique à la mise en place avec succès.

LE COMITÉ DE MISE EN PLACE DE L'ÉTUDE DE SANTÉ MENTALE DU NORD-EST

On recommande que la planification de la mise en place commence par la nomination d'un Comité de mise en place pour le Nord-Est (C.M.P.N.E.) pour surveiller la mise en place.

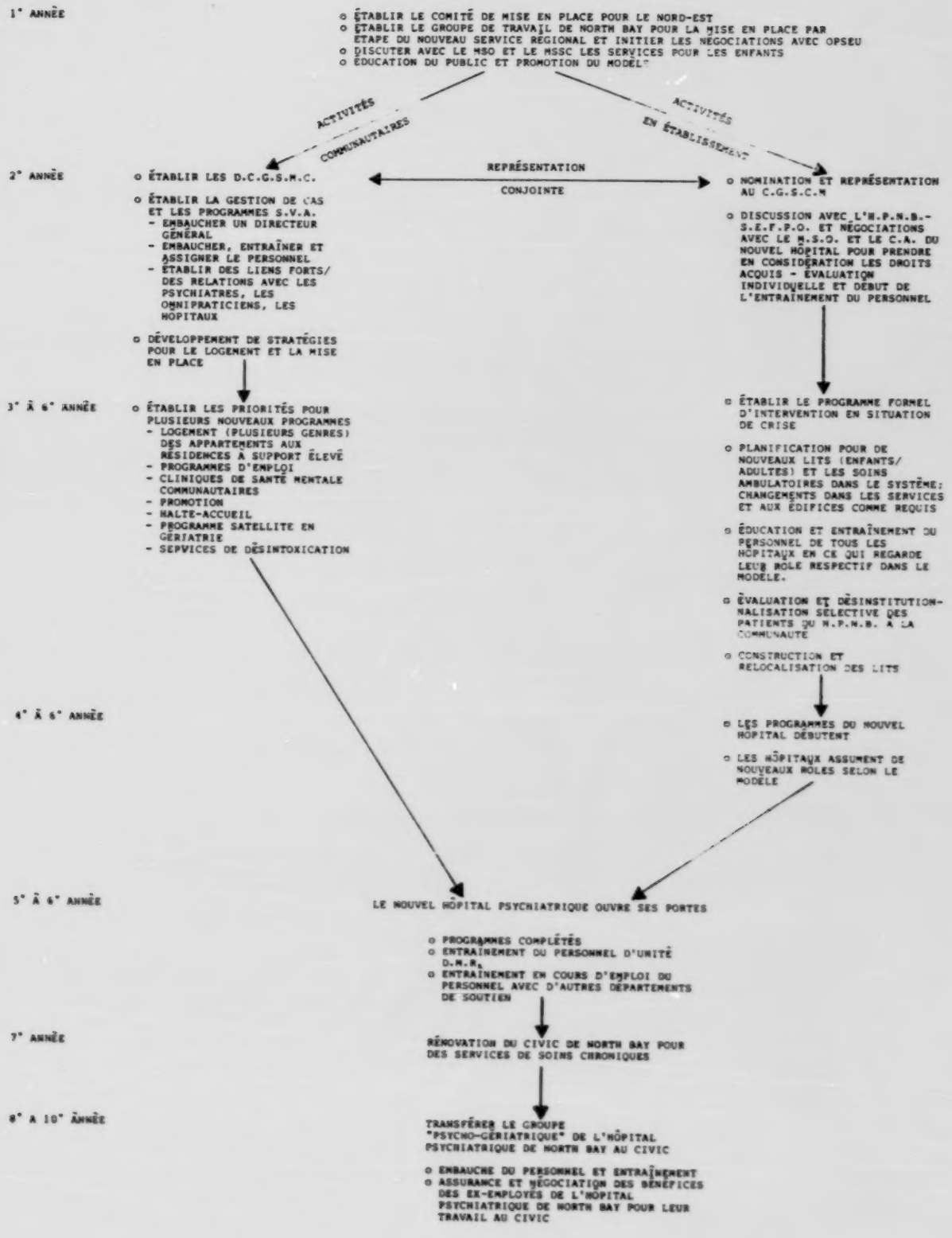
Au départ, le C.M.P.N.E. aura la responsabilité de développer un plan et un calendrier de mise en place plus détaillé en plus de devoir travailler à l'établissement des quatre conseils de gestion de santé mentale communautaire. Le Comité aura à travailler étroitement avec les trois conseils régionaux de la santé et les dipensateurs principaux de soins en santé mentale de façon à s'assurer une représentation appropriée au C.G.S.M.C. et un apport important à l'embauche des directeurs généraux.

Ce Comité devrait entreprendre une étude des ressources humaines afin d'identifier les besoins de recrutement à l'extérieur du Nord-Est, compléter le nombre de travailleurs actuels en santé mentale et développer des cours d'orientation et des programmes d'éducation pour assurer un recyclage approprié.

TABLEAU 32

PLAN DE MISE EN PLACE

SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE DU NORD-EST DE L'ONTARIO



D'après le modèle proposé, on estime que de 200 à 360 nouveaux postes seront créés à l'intérieur du Nord-Est de l'Ontario quand la mise en place sera complète.

GROUPES DE TRAVAIL DE NORTH BAY

En même temps, que le C.M.P.N.E. est établi, les représentants du ministère de la Santé (secteur de l'opération des établissements et de la santé mentale, et le ministère des Affaires gouvernementales avec des représentants de l'administration et du comité aviseur communautaire de l'Hôpital psychiatrique de North Bay, le S.E.F.P.O. et les autres dispensateurs dans la région de service devraient unir leur efforts pour planifier le nouveau service régional de psychiatrie. Il sera aussi nécessaire pour le groupe de travail de diriger ses efforts vers le redéploiement, le recyclage et les autres alternatives telles que la pré-retraite qui pourrait être alléchante pour le personnel actuel de North Bay. Les négociations entre le syndicat le ministère doivent commencer dès la première année pour calmer les inquiétudes du S.E.F.P.O. sur la question des droits acquis et la sécurité d'emploi et pour développer une stratégie pour répondre à ces inquiétudes.

* **Redéploiement du personnel à l'H.P.N.B.**

  Le tableau 33 nous montre que l'Hôpital psychiatrique de North Bay emploie couramment un personnel de 489 personnes pour ces 308 lits. Pour les besoins de ce tableau, les alternatives de redéploiement reflètent le nombre de postes qui pourraient devenir disponibles pour le personnel de l'H.P.N.B., les postes occupés présentement étant exclus.

  D'après ce scénario il devrait y avoir un nombre suffisant de postes dans la seule région de service de Nipissing/Timiskaming pour le personnel de North Bay. En fait, il y aura une augmentation dans les postes disponibles, (15 à 50 postes) sur la base de 504 à 538 postes pour le personnel actuel de 489. Si on considère un taux d'attrition de 7 personnes ou de 1.5% par année, selon ce que rapporte l'hôpital, en 10 ans l'attrition naturelle ne laisserait que 420 membres du personnel à l'H.P.N.B. pour le travail en santé mentale avec des postes vacants pour 84 à 118 nouveaux travailleurs.

  On doit noter cependant que la tendance ira vers plus de travail professionnel et para-professionnel et moins de postes auxilliaires (entretien ménager, service alimentaire, maintenance, etc.). Ceci dépend de l'emphase qu'on place maintenant dans les programmes communautaires loins du milieu hospitalier. Les postes auxilliaires qui resteront sont au nombre de 112 au nouveau service psychiatrique et de 56 qu'il faudra transférer au site de l'Hôpital civic de North Bay.

  C'est une estimation conservatrice qui ne tient pas compte des autres postes qui deviendront disponibles à l'intérieur du système de santé mentale du Nord-Est (Algoma Cochrane ou Manitoulin/Sudbury) ou les postes qui pourraient devenir disponibles à l'Hôpital régional de North Bay.

TABLEAU 33

QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL: HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE NORTH BAY

	PERSONNEL ACTUEL	LITS	RATIO
	489*	308	1.58
PROFESSIONNELS/PARA PROFESSIONNELS	266	—	0.86
PERSONNEL DE SOUTIEN	223	—	0.72

	ALTERNATIVE DE REDÉPLOIEMENT DANS NIPISSING/TIMISKAMING		
	PROFESSIONNELS	DE SOUTIEN	TOTAL DES POSTES
SERVICES NOUVEAUX EN PSYCHIATRIE	133	112	245
SERVICES COMMUNAUTAIRES POUR ADULTES	39-55	—	78-96
SERVICE ADULTE EN ÉTABLISSEMENT	77-90	—	77-90
SERVICE DE DÉSINTOXICATION	20-25	—	42-47
SOINS CHRONIQUES	67	56	123
	336-370	168	504-538

* LES TAUX D'ATTRITION DE 7 PERSONNES PAR ANNÉE INDIQUENT QUE DANS L'ANNÉE DE COMPLÉTION DE LA MISE EN PLACE (DANS 10 ANS, IL Y AURA APPROXIMATIVEMENT 420 PERSONNES DU H.P.N.B. DANS LE SYSTÈME).

On recommande de donner la priorité d'emploi aux membres du personnel de l'H.P.N.B. pour les postes de santé mentale qui deviendront disponibles dans toutes les régions de service.

* **Responsabilités individuelles**

Une autre priorité de la première année est que les employés de l'H.P.N.B. et les travailleurs en santé mentale à l'intérieur du Nord-Est devraient considérer avec soin la direction qu'on propose pour les futurs services. Il deviendra important pour chaque individu d'identifier pour eux-mêmes les rôles qu'ils pourront jouer dans le système. Dans les cas ou un entraînement additionnel est requis, les employés devraient prendre l'initiative de suivre des programmes appropriés ou des cours et d'assumer la responsabilité première pour leur futur rôle dans le système de santé mentale.

De façon à supporter les initiatives des employés, on suggère que le directeur de l'éducation à l'H.P.N.B. assume un rôle de leadership pour aider les employés à améliorer leurs habiletés. On suggère aussi que le directeur devrait être un collaborateur clé, travaillant conjointement avec le C.M.P.N.E. pour développer des programmes d'entraînement appropriés à l'intérieur du Nord-Est avec le nouveau coordonnateur de l'Université Western en Ontario.

EDUCATION DU PUBLIC ET PROMOTION

Une fonction de départ aussi importante que permanente sera l'éducation du public et la promotion de la philosophie de traitement proposée pour les malades mentaux chroniques. D'après ce modèle, beaucoup de ces personnes pourront vivre dans leur propre communauté. La tendance de diriger toutes les personnes à North Bay sera diminuée par la suggestion d'un élément régional hautement spécialisé. Dans les régions ou le zonage a été un problème, comme à Timmins, la promotion sera tout spécialement importante pour s'assurer que ces personnes auront accès à un logement approprié.

Après la première année de mise en place le C.G.S.M.C. et les autres dipensateurs de soins locaux auront plus de responsabilités dans le développement du système de santé mentale.

CONSEIL DE GESTION DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE (C.G.S.M.C.)

Dès son instauration le C.G.S.M.C. de chacune des régions de service devra engager un directeur général et le personnel nécessaire aux fonctions cléricales et financières. Dans le développement d'un système communautaire, l'établissement des programmes S.V.A. et de gestion de cas deviendront prioritaires. Avec ces programmes en place, les liens importants à l'intérieur du continuum de services en établissement et communautaires s'établiront.

Le responsable de gestion de cas devrait devenir le chef d'équipe désigné pour les professionnels en santé mentale impliqués dans le plan de traitement du client.

On a mentionné au préalable que certaines régions de service avaient reçu un financement spécifique pour les programmes de gestion de cas. Ceci a été fait principalement par des initiatives des unités sanitaires. Quelques programmes comme le programme de gestion de cas de Timiskaming sont vus comme des forces importantes dans la région de service et doivent être conservés pour la mise en place.

Dans les cas où les programmes existent déjà le besoin d'une responsabilité partagée se fera sentir. La responsabilité première devrait être imputée à l'unité sanitaire de la composante professionnelle et du service du programme, avec une responsabilité aussi au C.G.S.M.C. de façon à s'assurer que le rôle approprié du programme de même que les mécanismes d'évaluation sont en place. Le lecteur devra se rappeler le nombre de responsables de gestion de cas requis pour la mise en place et que le rôle de responsable de gestion de cas dans les petites communautés peut être assumé par une personne qui a une préparation comme travailleur généraliste en santé mentale et pas nécessairement une infirmière en santé publique.

Les responsables de gestion de cas seront impliqués dans le développement de d'autres plans de programme, spécialement dans le domaine du logement. Avec des niveaux variés de logements en place, (appartements, maisons en rangées et logements avec soutien élevé-moyen) même après trois ans dans le processus de mise en place, il devrait être possible de prendre certains patients de l'H.P.N.B. et les diriger dans des milieux de vies différents.

Il faudra un autre 2 à 3 ans pour établir la gamme complète des programmes communautaires incluant le programme satellite en gériatrie, les programmes de promotion et les haltes-accueil. Ces services devraient tous être en place quand le futur hôpital de North Bay ouvrira ses portes.

ACTIVITÉS DE MISE EN PLACE DANS LES HÔPITAUX

Le C.M.P.N.E. assumera un rôle important dans la surveillance d'une mise en place bien articulée du modèle dans les services en établissement du système de santé mentale.

Dans certaines régions, les hôpitaux sont reconnus comme des chefs de file dans le développement des services communautaires. Ceci inclut les organismes tels que l'Hôpital Algoma de Sudbury avec son réseau de cliniques en santé mentale communautaires. Ces organismes devraient offrir leur expertise et participer activement dans la mise en place des régions de service.

Après la 3° année, les hôpitaux désignés établiront des programmes formels d'intervention en situation de crise et satellite de gériatrie. L'approbation du financement une fois assurée, le début de ces programmes signifiera que le personnel professionnel nécessaire a été recruté et que les buts, les objectifs, les mécanismes d'évaluation et les normes des programmes ont été établis.

La planification pour l'addition ou la réduction de services pour soins psychiatriques aigus en établissement et les programmes de soins ambulatoires complets seront soumis à un processus beaucoup plus lent parce que les exigences et les implications pour ces activités en ce qui regarde le personnel et les espaces requis sont plus importantes. Les plans de la 3° année devraient inclure les approbations de financement et les programmes qui devront être en place entre la 4° et la 6° année. À certains endroits comme à l'Hôpital Plummer Memorial de Sault Ste-Marie et à l'Hôpital St.Mary's de Timmins il faudra probalement prévoir une nouvelle construction pour les services hospitaliers recommandés dans ce modèle.

Les hôpitaux plus petits qui assumeront de nouveaux rôles dans Cochrane Nord, Timiskaming et Elliot Lake auront besoin, eux aussi, de planifier leurs services.

En ce qui concerne les programmes d'entraînement, l'étude en ressources humaines du C.M.P.N.E. devra tenir compte de l'inventaire des exigences en personnel dans les hôpitaux plus petits et qui s'appliquent à l'entraînement du personnel tel qu'identifié par le groupe de travail de North Bay pour l'H.P.N.B..

DERNIÈRES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE

À l'intérieur d'une période de 6 ans depuis les débuts de la mise en place, les régions de service devraient avoir assumé leurs nouveaux rôles selon le modèle. Les programmes de logement, de gestion de cas et SVA seront fonctionnels et les nouveaux services de psychiatrie devraient ouvrir à North Bay au nouveau site de l'Hôpital régional de North Bay. Le rôle du nouveau service de psychiatrie régional aura été défini et les patients évalués individuellement en fonction de leurs besoins d'une hospitalisation continue.

Comme déjà mentionné dès les début de la 3° année de la mise en place, plusieurs patients psychiatriques actuels à l'H.P.N.B. devraient avoir un plan de traitement et un responsable de gestion de cas ce qui leur permettrait de vivre dans la communauté. Quelques patients pourraient retourner dans la région de service de leur milieu vu que les services seront disponibles. À tout événement, l'évaluation du patient par une équipe de professionnels incluant le responsable de gestion de cas, les psychiatres et les omnipraticiens, les infirmières et les travailleurs sociaux devrait être faite de même que l'évaluation sur une base continue.

L'ouverture du nouveau service de psychiatrie régional et du futur hôpital régional exigent que l'unité psychogériatrique de 78 lits demeure à l'H.P.N.B. jusqu'à ce que les rénovations sur le site de l'Hôpital civic de North Bay soient complétées. À la 8° année, on devrait pouvoir fermer le site actuel de l'H.P.N.B..

LES COÛTS

En 1983/1984, la région du Nord-Est de l'Ontario a reçu $47.6 millions pour les services adultes en santé mentale. Ceci incluait un financement important à l'H.P.N.B., aux services de psychiatrie des hôpitaux généraux, aux programmes de santé mentale communautaires et aux maisons pour soins spéciaux. Une petite partie était réservée pour les paiements au R.A.H.O.

Le modèle proposé demande un investissement financier important de la part du ministère de la Santé. On estime qu'un investissement en capital de $60 à $70 millions sera nécessaire pour assurer un niveau approprié de services en établissement. Ceci inclut 36 lits additionnels pour Algoma, 33 lits à Cochrane, 80 lits à Manitoulin/Sudbury. Ces coûts incluent approximativement 40 millions pour bâtir le nouvel établissement psychiatrique régional, le services de soins psychiatriques aigus à North Bay pour un total de 155 lits et pour rénover l'Hôpital civic pour 78 patients gériatriques.

Les coûts annuels d'opération sont estimés en tenant compte des besoins en personnel du système de santé mentale, tant au point de vue des hôpitaux que des services communautaires. Comme on peut le voir au tableau 34 qui suit, on estime qu'il y a présentement entre 1146 et 1162 positions en santé mentale dans le système, dont 605 postes ou près de la moitié sont destinés aux services régionaux.

En l'an 2001 on estime qu'il y aura entre 1336 et 1525 postes en santé mentale, incluant plusieurs services financés par le ministère des Services sociaux et communautaires, tels que les centres de vie de famille, les centres de santé mentale pour les enfants, des lits de soins aigus pour les enfants, une augmentation de 193 à 360 en tout. L'estimation du coût relié à ces augmentations est de $6.7 à $12.7 millions si on accepte comme base un salaire moyen de $35 000.

Les coûts annuels en personnel sont estimés à $46.8 à $53.4 millions incluant $600 000 par année pour l'opération de 4 comités de gestion de santé mentale communautaire.

Les augmentations aux régions de service sont très bien illutrées ici. Bien que les fonctions régionales soient illustrées avec un personnel et des coûts réduits de façon significative, les régions de service effectuent toutes des gains. Les coûts du service régional sont réduits d'approximativement $12 millions, dont $18 à $25 millions à être employés spécifiquement pour augmenter les services locaux.

ESTIMATION DES COÛTS: PERSONNEL POUR LE NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE

RÉGIONS DE SERVICE	ANNÉE 2001 EXIGENCE TOTALE PERSONNEL	$	RESSOURCES ACTUELLES PERSONNEL	$	EXIGENCES ADDITIONNELLES EN PERSONNEL	$
ALGOMA	259-305	9.1-10.7	112-119	3.9-4.2	147-186	5.2-6.5
COCHRANE	221-265	7.7-9.3	95-98	3.3-3.4	126-167	4.4-5.9
MANITOULIN/SUDBURY	366-422	12.8-14.8	257-262	9.0-9.2	109-160	3.8-5.6
NIPISSING/TIMISKAMING	232-272	8.1-9.5	77-78	2.7	155-194	5.4-6.8
SOUS-TOTAL	1078-1264	37.7-44.3	541-557	18.9-19.5	537-707	18.8-24.8
RÉGIONS DE SERVICE						
ADULTES (H.P.N.B.)	245	8.6	478	16.8	(233)	(8.2)
ENFANTS (A.S.)	13-16	0.5-0.6	127	4.4	(114-111)	(3.9-3.8)
SOUS-TOTAL	258-261	9.1-9.2	605	21.2	(344-347)	(12.0-12.1)
GRAND TOTAL	1336-1525	46.8-53.4	1146-1162	40.1-40.7	193-360	6.7-12.7

* EN MILLIONS SUR LA BASE D'UNE MOYENNE DE SALAIRE ANNUEL DE 35 000$

TABLEAU 34

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Addiction Research Foundation, "1985-86 Calendar: School for Addiction Studies."

Algoma, Cochrane, Manitoulin Sudbury District Health Councils, North Bay Psychiatric Hospital, The Clarke Institute of Psychiatry, The University of Toronto, "Northeastern Ontario Mental Health Study," (Joint Research Project), April, 1981.

Bachrach, L.L., "Assessment of Outcomes in Community Support Systems: results, problems, and liabilities", Schizophrenia Bulletin; 1982; 8:39-60.

Bachrach, L.L.; Leona, L., "Overview: Model Programs for Chronic Mental Patients", American Journal of Psychiatry, 1980; 137(9), 1023.

Barnes, Gordon E.; Toews, John, "Deinstitutionalization of Chronic Mental Patients in the Canadian Context,"Canadian Psychology, 1983; 24(1), 22.

James T. Barter, California - Transformation of Mental Health Care: 1957 - 1982.

Leo Bernier, Minister of Northern Affairs, "Statement to the Legislature on the Activities of the Ministry of Northern Affairs", April 23, 1979.

Boucher, Dr. C.H., "Submission to the Board of Directors of the Sensenbrenner Hospital on A Study of Mental Health Services Delivery in the Kapuskasing Region", Kapuskasing, Ontario: August 1978.

Brant, Clare C., Programming for Native Indian Mental Health.

The Canadian Mental Health Association, "Chronic Mental Disorders In Canada", Ottawa, Ontario: Health and Welfare Canada, 1982.

The Canadian Mental Health Association, "More for the Mind: A Study of Psychiatric Services in Canada", Toronto, Ontario: Canadian Mental Health Association, 1963.

The Canadian Mental Health Association/Ontario Division, "Community Mental Health Alternatives", Toronto, Ontario: Canadian Mental Health Association/Ontario Division, 1981A.

The Canadian Mental Health Association/Ontario Division, "Home for Special Care: A Research Project of C.M.H.A. Ontario Division", Toronto, Ontario: Canadian Mental Health Association/Ontario Division, 1981B.

Canadore College of Applied Arts and Technology 1985/86 Calendar, North Bay, Ontario: 1985.

Cape, R.B.T., et.al., "Square Pegs in Round Holes: A Study of Residents in Long-term Institutions in London, Ontario," Canadian Medical Association Journal, 1977; 117(11) 1284.

Children's Services Advisory Committee, "A Demographic Profile of Nipissing District with Social Indicators", North Bay, Ontario: September 1984.

Children's Services Advisory Committee, "Children's Services Directory," Nipissing, 1984.

The Children's Services Co-ordinating and Advisory Group for the Districts of Sudbury and Manitoulin, "1985 Social Indicator and Demographic Data Report for the Districts of Sudbury and Manitoulin, "Shaun M. Hopkins, Author; Sudbury, Ontario.

The Children's Services Co-ordinating and Advisory Group for the Districts of Sudbury and Manitoulin, "A Study of the Needs of 16-20 Year Olds Within the Sudbury and Manitoulin Districts," Shaun M. Hopkins, Researcher, Sudbury, Ontario: October 25, 1985.

The Children's Services Co-ordinating and Advisory Group for the Districts of Sudbury and Manitoulin, "Sudbury - Manitoulin Resource Directory of Services for Children and Adolescents with Special Needs 1984/85," Sudbury, Ontario.

Cleghorn, J.M.; Miller, G.H.; Humphrey, B.C., Lesser; A.L., "Psychiatric Manpower In Ontario," Canadian Journal of Psychiatry, 1982; 27,617.

Clarke Institute Consulting Group, "Proceedings, Symposium Planning for Mental Health: Co-ordinated Service Response," Ottawa, Ontario: November 22-23, 1984.

Cochrane Mental Health Services Task Force Report.

Collective Agreement between Management Board of Cabinet and Ontario Public Service Employees Union, January 1, 1982 to December 31, 1983.

Comité d'action communautaire, Alcide Gour, Chairperson, Presentation to the Mental Health Committee of the Manitoulin Sudbury District Health Council, January 1986.

Community Resources Consultants of Toronto and Social, Community Psychiatry Section and The Clarke Institute of Psychiatry, "Psychiatric After-Care in Metropolitan Toronto", Toronto, Ontario: C.R.C.T. and Clarke Institute of Psychiatry, 1981.

Judy Dobie, Addiction Research Foundation of Ontario, "Substance Abuse Among the Elderly", Toronto, 1978.

Durham Region District Health Council, "Mental Health Service Provision in Ontario, A Conceptual and Definitional Framework", by Debora B. Cohen, Oshawa, Ontario: 1982.

East Algoma Adult Mental Health Services Task Force Report, March 1985.

Fenton, F.R., et. al., "A Comparative Trial of Home and Hospital Psychiatric Treatment: Financial Costs", Canadian Journal of Psychiatry, 1982; 27:177-187.

Freeman, S.J.; Fischer, L.; Sheldon, A., "An Agency Model for Developing and Co-ordinating Psychiatric After-care," Hospital and Community Psychiatry, 1980; 31:768-771.

Goffman, Irving, Asylums, New York: Doubleday, 1961.

Goldberg, David; Huxley, Peter, Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care, London, England: Tavistock Publishing, 1980.

Graham, Doug G., Reg. N. and Hill, Timothy L., M.A., "Proposal for the Walden Community Mental Health Clinic."

Gubbman, J.E.; Shore, M.S., "Beyond the Institutionalization: A New Class of Facilities for the Mentally Ill," New England Journal of Medicine, 1984; 311:832-836.

Hancock, T.G., "Thinking Globally and Acting Locally: Towards a New Public Health Move," Canadian Journal of Public Health, 1982; 73:153-154.

Hartt, Mr. Justice E.P., "Interim Report of the Royal Commission on the Northern Environment," April 4, 1978.

Heseltine, G.S., "Towards a Blueprint for Change: Mental Health Policy and Program Perspective," Ontario Ministry of Health, December 1983.

History of Minto Counselling Centre, Program Submission.

Houselink Community Homes, "Handbook of Alternative Community Housing for Psychiatric Patients in Canada," Toronto, Ontario: Canadian Mental Health Association, 1980.

Hogarty, G.E., et. al., "Family Psychoeducation, Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the After-care Treatment of Schizophrenia," American Medical Association Archives of General Psychiatry, July 1986; Vol. 43, #7.

Huxley, P., et. al., "Alternatives to Hospitalization", The Psychiatric Clinics of North America, September 1985.

Jones, Frank J., California's Transformation: Can We Learn From the Pioneer?

Kedward, H.B., et. al., "The Evaluation of Chronic Psychiatric Care, Canadian Medical Association Journal, 1974; 110, 519.

Kingston, Frontenac & Lennox & Addington District Health Council, "Final Report of the Mental Needs Review," Dr. B. Bergstrome and Mrs. J. White, Chairpersons; November 1985.

Kingston, Frontenac & Lennox & Addington District Health Council, "Mental Health Needs Review: A Working Document," May 1985.

Lamb, H. Richard, "Treating the Long-Term Mentally Ill," 1982.

The Lanark, Leeds & Grenville District Health Council, "Inventory of Mental Health Services in the District of Lanark, Leeds & Grenville, Smith's Falls, Ontario: Spring, 1979.

The Lanark, Leeds & Grenville District Health Council, "Study of Mental Health Services in the District of Lanark, Leeds and Grenville," Smith's Falls, Ontario: Spring 1979.

Lehman, H.E., "The Future of Psychiatry, Progress Mutation or Self Destruct?" The Canadian Journal of Psychiatry, May 1986; Vol. 31, #4.

Lehman, H.E., "Sleep of Remitted Bipolar Depressives: Comparaison with Sex and Age Matched Controls," The Canadian Journal of Psychiatry, May 1986, Vol. 31,# 4.

Lipowski, Z.J., "To Reduce or To Integrate Psychiatry's Dilemna", The Canadian Journal of Psychiatry, May 1986, Vol. 31, #4.

Manitoulin Sudbury District Health Council, "Co-ordinated Mental Health Services for the Districts of Manitoulin and Sudbury," 1978.

Manitoulin Sudbury District Health Council, Addiction Services Task Force, "Planning for an Integrated and Co-ordinated System of Addiction Services in Manitoulin-Sudbury: A Discussion Paper," Sudbury, Ontario: December 1985.

Manitoulin Sudbury District Health Council, "Position Paper: Terms of Reference Northeastern Ontario Mental Health Study," November 1984.

Marshall, John, Madness, An Indictment of the Mental Health Care System in ontario, Toronto, Ontario: Ontario Public Service Employees Union, 1982.

Melville, P.H., M.D., Moffat, Patricia, M. Sc., "Sensenbrenner Hospital Mental Health Services Program Design," Kapuskasing, Ontario: April 1979.

Mental Health Act, Revised Statutes of Ontario 1980, Chapter 262 and Regulation 609 and 610, December 1983, Ontario: Queen's Printer for Ontario.

The Mental Health Legislative Work Group, "A Model for California Community Mental Health Programs Phase II - May 1981," California.

Ministry of Community and Social Services French Lauguage Services Task Force, "French Language Services Policy," November 1985.

Ministry of Mental Health Framework (Draft).

Ministry of Treasury and Economics 1985 update, Demographic Data.

Mosher, L.R., "Alternatives to Psychiatric Hospitalization," New England Journal of Medicine, 1983; 309: 1579-1580.

The Nipissing Children's Services Advisory Committee, Presentation to the Northeast Mental Health Study Group, North Bay, Ontario, January 1986.

North Bay Branch Mental Health Association, "Program Submission for Housing Support, February 12, 1985."

North Bay & District Association for the Mentally Retarded, Annual Report 1984-85.

North Bay Psychiatric Hospital, "Position Paper to the Steering Committee."

North Bay Psychiatric Hospital, "Welcome to North Bay Psychiatric Hospital: An Information Directory," North Bay.

Northern Telephone Limited, "Kapuskasing and vicinity Telephone Directory," 1985.

"Ontario Assistant Deputy Minister of Health's response to OPSEU Report We are all guilty" - April 1985.

Okin, Robert L., A Proposal to Replace State Hospitals in Massachusetts.

Ontario Council of Health, "Agenda for Action: A Report of the Committee to the Minister of Health on Mental Health Services in Ontario," Toronto, Ontario: 1979.

Ontario Council of Health, "Agenda for Action: Summary," Toronto, Ontario: 1979.

The Ontario Council of Health 1979 Committee on Mental Health Services in Ontario, "Legal Task Force, Part I: Civil Rights and the Mentally Ill, Part II: The Criminal Justice System and Mental Health Services," Toronto, Ontario: 1979.

The Ontario Friends of Schizophrenics, Anne Locatelli, President, Presentation to the Northeast Ontario Mental Health Steering Committee, Elliot Lake, Ontario, January 1986.

The Ontario Ministry of Community and Social Services, "Draft - Nipissing Children's Mental Health Services - Services Proposal," North Bay, Ontario.

The Ontario Ministry of Community and Social Services, "Highlights of the Child and Family Services Act,"Toronto, Ontario: 1984.

Ontario Ministry of Community and Social Services, "North Bay District Workplan Activity Report 1985-1986, Northeast Area,"

Ontario Ministry of Community and Social Services, "Northeast Area Workplan Activity Report 1985-1986, Northeast Area,"

The Ontario Ministry of Health, "Alcohol and Drug Programs List," 1986.

The Ontario Ministry of Health, "Directory of Community Mental Health Services Programs, 1984" , Toronto, Ontario.

The Ontario Ministry of Health, "Inventory of Mental Health Services in Ontario," 1976.

The Ontario Ministry of Health, "List of Physicians Participating in OHIP," Toronto, Ontario: December 1984.

The Ontario Ministry of Health, "No Problem" Report of the French Language Health Services Task Force, 1976, by Dr. Jacques Dubois, Chairman.

The Ontario Ministry of Health, "North Bay Psychiatric Hospital, "A Mental Health Resource" for Northeastern Ontario, Information Summary and Program Description," Toronto, Ontario.

The Ontario Ministry of Health, "Report on Ontario Expenditures on Mental Health Services, 1984/85."

The Ontario Ministry of Health, "Social Adaptation Programme, Programme Manual; North Bay Psychiatric Hospital," June 1984.

Ontario Public Service Employees Union, "Ontario's Mental Health Care Breakdown," Toronto, Ontario: O.P.S.E.U., 1980.

Ottawa-Carleton Regional District Health Council, "Final Report of the Mental Health Operational Plan Sub-Committee Adult (Non-elderly) Mental Health Care 1982-1987," Ottawa, Ontario: November 1982.

Ottawa-Carleton Regional District Health Council, "Final Report of the Mental Health Operational Plan Sub-Committee on Mental Health Care of the Elderly 1981-1991," Ottawa, Ontario: October 1981.

"The Preliminary Report of the Mayor's Action Task Force on Discharged Psychiatric Patients", Dr. Reva Gerstein, O.C., Psch. C., Chairperson, Toronto, Ontario: February 1983.

"Psychiatric Manpower in Ontario, Report of Study Group on Psychiatry of the Post-Graduate Manpower Committee of the Committee of Faculties of Medicine," J.M. Cleghorn, M.D., Chairperson; Hamilton, Ontario: December 1980.

Sault Ste. Marie College, Child Care Adolescent Workers, 1986 Graduating Class, Presentation to the Northeast Ontario Mental Health Steering Committee, Sault Ste. Marie, Ontario, January 1986.

The Seaway Valley District Health Council, "The Health Needs and Services Study," Maureen J. Bush, M.H.A., Research Assistant, Alexandria, Ontario: March 1983.

The Sub-Committee on Adult Mental Health Services, The West Nipissing Public Services Association, "Adult Mental Health in West Nipissing; a study of service needs, gaps and recommendations for action", September 1984.

St. Joseph's Centre, Annual Report 1984-85.

St. Joseph's General Hospital of North Bay Inc., "Expansion of Program and New programs in Alcohol Abuse."

Schulberg, H.C., Bromet, E., "Strategies for Evaluating the Outcome of Community Services for the Chronically Mentally Ill," American Journal of Psychiatry, 1981; 138:930-935.

Sudbury General Hospital, "Proposal for Development of the Addiction Service," 1985.

Sudbury General Hospital, "Crisis Intervention Program September 1983 to March 1985."

Sudbury General Hospital, "Crisis Intervention Program September 1981 to August 1983."

Sudbury General Hospital, "Crisis Intervention Program Submission to the Ontario Ministry of Health."

Test, R.A.; Stein, L.I.; Weisbrod, B.A., "Alternatives To Mental Hospital Treatment: II Economic Benefit - Cost Analysis," ARCH. Gen Psychiatry, 1980; 37:400-405.

Timiskaming Health Unit, "Mental Health Program, 1981 Report."

Timiskaming Health Unit, "Mental Health Program, 1982 Report."

Touche Ross & Partners, "Report to the Steering Committee on the North Bay Psychiatric Hospital French Languages Services Study," April 15, 1985.

The University of Western Ontario, "A Proposal for the Continuation of the Division of Extended Campus Programs of the Department of Psychiatry," London, Ontario: January 1986.

"We are all guilty," A report based on a public hearing sponsored by the Ontario Public Service Employees Union (OPSEU) into the needs of North Bay psychiatric patients and former psychiatric patients (1985).

"We are all guilty," Public Hearing sponsored by OPSEU, Panelists D. Cooke, N.D.P., M.P.P.; D. Linn, Broadcaster and J. Marshall Journalist, Toronto, Ontario: 1985.

West Nipissing General Hospital, "West Nipissing Alliance Centre/Centre Alliance du Nipissing Ouest, Program Submission," Sturgeon Falls, Ontario: February, 1984.

Whitby Psychiatric Hospital Community Advisory Board, "Draft discussion Paper: Community Care Component of the Whitby Psychiatric Hospital Redevelopment Plan," by the Community Involvement and Co-ordination Committee; Whitby, Ontario: September 21, 1984.

Whitby Psychiatric Hospital Community Advisory Board, "Whitby Psychiatric Hospital Redevelopment Plan and the Community Care Component," Chairperson, Henry Polak; Whitby, Ontario: November 1984.

Wing, J.K.; Olsen, R., Community Care for the Mentally Disabled, London, England: Oxford University Press, 1979.

ANNEXE A

RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

CONJOINT RELIÉES À L'ÉTUDE EN SANTÉ MENTALE DE 1981

POUR LE NORD-EST DE L'ONTARIO

RECOMMENDATION 1

A Northeastern Ontario Regional Mental Health Services Committee should be formed with representatives from the District Health Councils, North Bay Psychiatric Hospital and the Districts of Nipissing, Parry Sound and Timiskaming and representatives from the Ministry of Health and the Ministry of Community and Social Services to plan mental health services in the Northeastern Region of Ontario.

Each District Health Council is encouraged to establish a mental health committee, subcommittee or task force with membership drawn from within the Councils and from other interested persons presently involved in the delivery of mental health services. A Northeastern Ontario Mental Health Services (NOMHS) Committee should then be formed with membership drawn from the Mental Health Committees established by each of the District Health Council's from the North Bay Psychiatric Hospital and from concerned citizens in areas without District Health Councils.

RECOMMENDATION 2

The Northeastern Ontario Regional Mental Health Services Committee should have the primary responsibility of co-ordinating the planning of acute and chronic psychiatric services which cross jurisdictional and ministerial boundaries and the District Health Councils should have the primary responsibility for planning of community mental health programs and support services which are more localized.

The North Bay Psychiatric Hospital provides intermediate and long-term hospital services for the chronically mentally ill, across the Northeast. The Sudbury-Algoma Hospital also has the responsibility of providing mental health services to children and adolescents from across the Northeast as well. The North Bay Psychiatric Hospital, the Sudbury-Algoma Hospital, the Sudbury General Hospital, the Plummer Memorial Hospital (Sault Ste. Marie), St. Mary's General Hospital (Timmins), and the Sensenbrenner Hospital (Kapuskasing) are principally responsible for providing acute psychiatric care to the patients in their more immediate community.

The Regional Committee would therefore co-ordinate the planning of Intermediate and Long-Term hospital-based mental health services for adults and children. The District Health Councils would continue to co-ordinate the planning of more localized acute mental health services including crisis intervention, maintenance and community based support services. The interface between the two, would be the joint planning of community-based services in support of psychiatric services and follow-up care following hospitalization.

RECOMMENDATION 3

The organization and administration of mental health services for adults and children should be integrated.

Northern Ontario is faced with a critical shortage of mental health personnel and other resources. The fragmentation of mental health services exacerbates the situation through the inefficient use of these limited resources. The children's mental health and adult mental health services are evolving independently of each other under separate ministries, even though they tend to serve members of the same family. Apart from the Sudbury-Algoma Hospital, there is virtually no sharing of personnel, office space or consultants and purchase of service agreements from existing agencies are rare. It is imperative that this fragmentation be eliminated as soon as possible.

RECOMMENDATION 4

Consideration should be given to decentralizing the administration of the Home for Special Care Program with the local psychiatric facilities assuming greater responsibility for the maintenance and on-going supervision of the patients in this program.

In Appendix Seven, a number of questions were raised about the Home for Special Care Program, which is administered for Northeastern Ontario by the North Bay Psychiatric Hospital. We encourage each District Health Council to discuss this issue with the Program Director at the North Bay Psychiatric Hospital, the nursing and residential homes which participate in the program throughout their District, and with local mental health providers to assess the situation in their own area. The NOMHS Committee could then play an important role by providing a forum in which to share the fidings of the respective District Health Council's and to co-ordinate the planning and implementation of changes in the Home for Special Care Program, if changes are indicated and justified.

RECOMMENDATION 5

A mental health information system should be developed and maintained exclusively for tracking and monitoring the post-hospital care for the chronically mentally ill.

Once the chronically mentally ill are released from the hospital and returned to their communities, the co-ordination of their care is uncertain. The information system would contain the name, address, age, sex, diagnosis, for follow-up care. The persons or agency responsible for this follow-up care, or other professionals would be responsible for submitting periodic update on the patient's progress and care. The patient would stay on the system until they no longer require care.

The system could be designed in co-operation with the Department of Psychiatry at the University of Western Ontario and co-ordinated with the

hospitals and persons responsible for follow-up care who received statistical reports periodically on their patients and all other patients. In accordance with the recommendation of the Krever Report, the confidentiality of the patient should be assured and access to the information should be strictly controlled. The system should be located at the North Bay Psychiatric Hospital.

RECOMMENDATION 6

North Bay Psychiatric Hospital should be designated as the regional centre for long-term care, back-up support for local mental health services and the treatment of difficult patients.

This recommendation serves to affirm the expertise and leadership of the North Bay Psychiatric Hospital and to facilitate the development of the resources they offer the region. The study presently being completed by the North Bay Psychiatric Hospital should serve to define this role in Northeastern Ontario.

RECOMMENDATION 7

Incentives and opportunities for participating in structured continuing educational programs should be created for mental health professionals in Northeastern Ontario.

Considering the difficulties of recruiting and retaining qualified health professionals in the North, mental health professionals serving in Northeastern Ontario should be provided reasonable opportunities to participate in appropriate continuing education programs, not only to keep them abreast of developments in their field of expertise, but also to reduce their isolation. The opportunities should include release time from work, with pay, and provide reimbursement of registration fees and necessary travel expenses.

Emerging ties with the University of Western Ontario, school of medicine, and the development of telecommunication system are two possibilities that have potential for alleviating part of this problem.

RECOMMENDATION 8

The quality of care and the quality of life of the chronically mentally ill patients should be assessed.

The study should be commissioned by the NCMHS committee in co-operation with the District Health Council's and the North Bay Psychiatric Hospital. An advisory committee, of representatives of the Hospitals, other major providers and the chronically mentally ill should review the goals, objectives, and proposed methodology for this study. This latter group should also be asked to comment on the findings of this study and to make recommendations.

RECOMMENDATION 9

A study for improving access to mental health services in disavantaged areas should be jointly undertaken by the Northeastern Ontario Mental Health Services Committee and the District Health Councils.

Each district has communities and areas that are disavantaged and they tend to be distant from the communities where the majority of mental health services are located. Priority should be given, immediately, to improve access to primary mental health services. Even though the planning should be completed in co-operation with psychiatrists and hospitals, the realities are that they will probably be involved in the consultation and support of community mental health services rather than the direct provision of them. Innovative and alternative forms of services will be required.

RECOMMENDATION 10

The District Health Councils should work with interested individuals in the communities to assess and to plan services for the promotion of mental health, prevention of mental health problems, and the early detection of mental illness.

While priority has been given in earlier recommendations to the provision of a basic range of acute and chronic psychiatric services, a comprehensive mental health system includes services for the promotion of mental health, prevention of mental health problems and the early detection of mental illness, as noted by the Ontario Council of Health Committee on Mental Health Services.

Programs for promotion, prevention and early detection are generally based in the community and built upon the resources available in the communities they serve. The assessing and planning of these services should be the responsibility of the District Health Council.

RECOMMENDATION 11

A special planning committee consisting of representatives from Band Councils, the Norteastern Mental Health Services Committee, provincial and federal officials should be struck to assess, plan and improve mental health services for the native people.

Because of the widespread distribution of native people throughout the Northeast, the variation in their treaty status, their particular social and economic status, and the federal responsibilities for health care, a separate planning and co-ordinating mechanism is recommended for the native people. This committee should be formed at the first opportunity.

RECOMMENDATION 12

Special efforts should be made to recruit and retain psychiatrists, psychologists and social workers to Northeastern Ontario, with a special emphasis for recruiting French speaking psychiatrists and psychologists.

There continues to be a shortage of mental health professionals in the region, and recruitment procedures are necessary to assure a continuity of services and program. While there are mental health services for francophones in the region, there is a shortage of psychologists and psychiatrists who can work with francophones in their mother tongue.

RECOMMENDATION 13

Establishment of professional relationship between psychiatrists and hospitals in Northeastern Ontario with the Department of Psychiatry at the University of Western Ontario should be encouraged and supported by the District Health Councils and the Ministry of Health.

There have been a number of attempts to establish relationships between providers in the Northeastern region and a health sciences centre. The ties of North Bay Psychiatric Hospital and the Sudbury-Algoma Hospital with Western and the telecommunication links between Sudbury and London are the most promising to-date.

The University of Western Ontario could contribute substantially to the recruiting and continuing education of mental health professionals, planning mental health services, and the evaluation of mental health care provided in the region. The potential benefits warrant support sufficient for them to be realized.

ANNEXE B

MANDAT DE L'ÉTUDE

DEMANDE DE SOUMISSION

ÉTUDE D'ÉVALUATION DES BESOINS

EN SANTÉ MENTALE POUR LE NORD-EST DE L'ONTARIO

Arrière-plan

Les tendances reconnues mondialement pour l'amélioration des soins en santé mentale placent une emphase accrue sur les services locaux hospitaliers tant à l'interne qu'à l'externe aussi bien que sur les programmes de santé mentale centrés sur les communautés. Parallèlement à ce premier point on place une emphase décroissante sur les grands centres régionaux de patients hospitalisés, éloignés des foyers des patients, qui isolent les patients de leur milieu familial habituel et des sytèmes de soutien communautaires.

De tels systèmes de soutien exigent une implication dans la communauté, un suivi, des services de réadaptation reliés au programme de traitement de façon à faciliter la réintégration dans la communauté des patients psychiatriques qui ont reçu leur congé.

Le ministère de la Santé de l'Ontario étudie présentement l'avenir de l'Hôpital psychiatrique de North Bay au point de vue du rôle, de la fonction, des installations, et de son emplacement. Pour s'assurer que le redéveloppement de l'hôpital et le développement parallèle des services à l'intérieur de la région géographique desservie sont compatibles avec les plus hautes normes de soins modernes en santé mentale, le ministère désire entreprendre une étude des besoins et des services en santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario.

L'étude d'évaluation des besoins en santé mentale devrait, par conséquent, réviser tous les services des patients hospitalisés et externes aussi bien que tous les programmes de santé mentale établis dans la communauté du Nord-Est de l'Ontario et recommander la meilleure répartition de ces services à l'intérieur de la région.

Mandat

1. Le rapport final devrait inclure:

   A. Une description détaillée des services existants en santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario.

      - les services en établissement et dans la communauté qui relèvent ou non du ministère de la Santé v.g. les services pour les enfants.

      - les organismes localisés en dehors de la région mais qui offrent des services à la population devraient aussi être inclus.

   B. L'identification détaillée des besoins en santé mentale d'une perspective centrée sur le client.

C. Une stratégie suggérée pour satisfaire aux besoins en santé mentale, dans le contexte d'un continuum de soins, incluant le nombre, la grandeur, l'emplacement, le type, et la répartition des ressources requises jusqu'en l'an 2000.

2. L'étude devrait porter sur les questions suivantes, entre autres:

   - les besoins aigus et chroniques en santé mentale

   - les services pour des populations-cibles spécifiques, v.g. francophones, autochtones, psychogériatrie

   - l'intégration et la coordination possibles des services de santé mentale pour les adultes et les enfants

   - les services de désintoxication

   - les exigences de services en établissement et dans la communauté pour répondre aux besoins identifiés dans les 4 régions clés (North Bay, Sault Ste-Marie, Timmins et Sudbury)

   - l'avenir de l'Hôpital psychiatrique de North Bay i.e. le rôle, la grandeur, l'emplacement et l'affiliation universitaire.

3. La revue des services existants dans la communauté et l'identification des exigences futures devraient inclure l'hébergement pour les ex-patients psychiatriques, le counseling, les programmes satellites, les services professionnels etc.

4. Une attention particulière devrait être apportée aux questions touchant l'évaluation, la coordination et le suivi de même que les liens nécessaires entre le soin en établissement et communautaire en ce qui a trait à l'après-soin.

5. On devrait surveiller les points suivants:

   - comment établir un emploi plus efficace des services existants par des ajustements au système, tels que des changements dans l'organisation, l'amélioration de la coordination et l'élimination de la duplication

   - l'identification des besoins du client qui ne peuvent être rencontrés que par des programmes nouveaux ou augmentés.

   - la classification des recommandations spécifiques pour les programmes selon leur urgence relative.

6. On devrait retrouver une description détaillée du redéploiement des ressources humaines et des besoins de perfectionnement qui découlent du développement recommandé et de la modification du système de santé mentale.

7. L'étude devrait inclure une manière de procéder qui comprend les critères, les méthodes et les ressources pour l'évaluation continuelle des besoins et services en santé mentale dans la région jusqu'en l'an 2000, avec une analyse des coûts.

8. Le rapport final du conseiller devrait être préparé dans les deux langues française et anglaise v.g. 20 copies bilingues.

9. Comme partie intégrale de l'étude, il devrait y avoir un processus de consultation par lequel la communauté entière (Nord-Est de l'Ontario) a l'opportunité de donner un input par des présentations écrites et des scéances de consultation.

Exigences

Sans être limitée à ce qui suit, l'évaluation des besoins inclura:

- une analyse des données démographiques existantes et projetées pour la région jusqu'en l'an 2000

- un relevé complet des usagers en santé mentale dans la région en ce qui a trait aux données démographiques, aux diagnostics, à la disposition etc.

- les besoins projetés des clients en soins de santé mentale dans la région jusqu'en l'an 2000

- un relevé descriptif et une analyse des services actuels en santé mentale dans la région

- les niveaux d'utilisation des services en santé mentale actuels dans la région

- les exigences de ressources courantes pour assurer les services de soins en santé mentale

- le déploiement des ressources appropriées (personnel et installations) pour rencontrer les besoins de soins en santé mentale jusqu'en l'an 2000

- la description et l'explication des procédés d'évaluation et des outils de surveillance des services et des besoins de soins en santé mentale jusqu'en l'an 2000 pour la région.

Calendrier

L'étude devra commencer immédiatement après l'attribution du contrat. Le ministère désire que l'étude soit complétée dans une période de 6 mois avec des avant-projets, le rapport final devrait suivre un mois après.

Rapport

Un Comité de direction composé des représentants locaux du Nord-Est de l'Ontario dirigera l'étude. En outre, les membres du personnel du ministère de la Santé serviront comme membres du comité et personnes-ressource.

Le Comité de direction devra:

1. participer avec le ministère dans:

   - la coordination des appels d'offre
   - l'évaluation des propositions
   - la sélection du conseiller qui sera retenu

2. Établir avec le conseiller un système de repères pour surveiller le processus de l'étude.

   - les dispensateurs et les consommateurs pertinents sont consultés
   - toute information nécessaire et appropriée est recueillie
   - l'information est analysée et interprétée de façon exacte à la lumière des objectifs de l'étude

3. Reviser les avant-projets du conseiller et discuter les révisions nécessaires pour que le rapport final remplisse le mandat de l'étude

Tous les documents de travail, les avant-projets et le rapport final seront la propriété du ministère de la Santé de l'Ontario au terme du projet d'étude.

Contenu de la soumission

Les soumissions devraient inclure:

- un énoncé du but de l'étude comme vous le comprenez et un énoncé sur le produit à livrer.
- un aperçu de la méthode de l'étude et la raison d'être sous-jacente pour cette approche
- une description de la méthodologie qui inclut la détermination de l'étendue et les limites de la méthodologie
- le temps requis pour l'étude et le temps attribué aux composantes de l'étude.

- les noms des personnes qui seront désignéess pour l'étude, leurs qualifications, leur expérience

- la proportion du temps affectée à l'étude par les différentes personnes assignées au projet

- les noms de tous les sous-contractants qui pourraient être employés et leur rôle en relation avec le projet

- l'expérience pertinente du groupe de conseillers dans des études similaires avec les références pertinentes

- une description des techniques de planification et de contrôle de gestion du projet et la relation avec le Comité de direction

- les méthodes de rapport proposées et les temps précis où les rapports devront être présentés.

- un tableau chronologique montrant les étapes du plan de travail

- un budget détaillé montrant le coût par jour pour chacun des conseillers avec un coût total maximum (aucun honoraire pour les coût de préparation de la soumission)

Rencontres des soumissionnaires

Pour aider les soumissionnaires à se familiariser avec les exigences de l'étude, une réunion sera tenue, le mercredi 20 mars 1985, à 10:15, dans le "Niagara Room of MacDonald Block", Queen's Park, Toronto.

Les critères de sélection

Les soumissions seront jugées sur les bases suivantes:

- compréhension du but et des exigences de l'étude

- l'applicabilité de l'approche proposée pour cette étude

- praticabilité du plan de travail

- le calendrier de complétion du projet

- une démonstration bien documentée que la firme et les conseillers proposés pour la tâche assignée ont:

  - une compréhension approfondie des pratiques et techniques pertinentes au projet

  - une compréhension des complexités d'un système régional complet de santé mentale

- la complétion avec succès de tâches comparables

- une projection détaillée des coûts pour la main d'oeuvre, montrant les taux à l'heure ou à la journée, le coût des fournitures et des dépenses etc. et un coût maximum fixe

- une projection détaillée du personnel montrant qui sera assigné au projet, avec la documentation nécessaire pour démontrer que l'expérience est appropriée pour chacun des membres de l'équipe du projet

6 mars 1985
108-2-161

ANNEXE C

LISTE DES INTERVIEWÉS

ET CONSULTATION DANS LA COMMUNAUTÉ

VUE D'ENSEMBLE DES ENTREVUES, DE LA CONSULTATION PUBLIQUE ET DES SÉANCES D'ESSAI DU MODÈLE

Cette annexe comprend un sommaire du processus de consultation des organismes consultés au cours de cette étude, d'octobre 1985 à mai 1986. À cette fin, il inclut une liste d'entrevues préliminaires en octobre et novembre 1985 pour recueillir la grande quantité des données de l'étude et l'information relative aux dispensateurs de services actuels et autres collaborateurs clés. En janvier, les consultations publiques furent annoncées encourageant les consommateurs et le public en général à partager leur impressions sur les services en santé et des besoins à l'intérieur de leur région. Plusieurs dispensateurs rencontrés dès la première étape des entrevues ont apporté leur contribution avec plusieurs personnes du grand public incluant des ex-patients psychiatriques.

La troisième phase de la consultation dans la communauté comprenait des séances d'essai du modèle où le Comité de direction et les conseillers proposaient un modèle. Les participants à ces séances étaient des groupes dispensateurs clés et des agences qui deviendront des importants collaborateurs dans la mise en place et dans le système de santé mentale futur. Les listes qui suivent donnent un compte rendu des entrevues personnelles ou par téléphone.

LES ENTREVUES INITIALES

En octobre et novembre 1985, des visites furent faites dans le Nord-Est, et plusieurs personnes et organismes furent interviewés pour les besoins de l'étude.

Les organismes listés, étaient souvent représentés par plus d'un individu et, quand c'était approprié, les groupes qui représentaient plusieurs agences furent interviewés ensemble, comme à Sturgeon Falls où plusieurs dispensateurs et agences de services publics furent assemblés pour une entrevue de groupe.

Une priorité de cette manière de procéder a été la rencontre avec les dispensateurs de services en santé mentale désignés comme les hôpitaux qui ont des lits pour les patients psychiatriques et les programmes communautaires subventionnés pour faire en sorte qu'ils aient une contribution directe à l'étude

Tel que requis dans le mandat de l'étude, le Comité de direction devait considérer l'intégration possible des services de santé mentale pour adultes et enfants. Conséquemment, plusieurs représentants de groupes des programmes subventionnés par le M.S.S.C. ou de l'éducation furent contactés incluant:

- les centres de vie de famille;
- les sociétés d'aide à l'enfance;

- les centres pour les crises de logement et de ressources familiales;
- les associations pour les retardés mentaux; et
- les commissions scolaires

Dans les hôpitaux, l'administration, le personnel médical, les conseils d'aministration et les autres professionnels ont apporté une contribution directe.

Les responsables de maisons pour soins spéciaux dans plusieurs régions ont participé à des réunions de groupes. De même des réunions de groupes furent tenues avec l'Association des maisons pour personnes âgées du Nord-Est.

La liste qui suit contient les organismes, les praticiens et les agences qui ont participé à l'étude par diverses réunions et entrevues.

ALGOMA

Associations, groupes intéressés, agences

Addiction Research Foundation, Sautl Ste-Marie

Algoma District Health Council, Sault Ste-Marie

Algoma North Counseilling Service, Wawa

Association for the Mentally Retarded, Sault Ste-Marie

Developmental Assessment Service, Sault Ste-Marie

East Algoma Mental Health Service Task Force, Sault Ste-Marie

Extendicare, Sault Ste-Marie

Family Life Centre, Elliot Lake

Family Violence Intervention Program, Sault Ste-Marie

Friends of Schizophrénics, Sault Ste-Marie

Health and Welfare Canada, Medical Services, Sault Ste-Marie

Indian Friendship Centre, Sault Ste-Marie

John Howard Society, Sault Ste-Marie

Ministry of Community and Social Services District Office, Sault Ste-Marie

Ministry of Northern Affairs, Sault Ste-Marie

Parents Anonymous, Sault Ste-Marie

Recovery Incorporated, Sault Ste-Marie

Sault Ste-Marie and District Group Health Association, Sault Ste-Marie

Telecare, Elliot Lake

Telecare, Sault Ste-Marie

Tendercare Nursing Homes, Sault Ste-Marie

Van Daele Manor, Extendicare, Sault Ste-Marie

Victorian Order of Nurses, Sault Ste-Marie

Women In Crisis Outreach, Sault Ste-Marie

Women's Recovery Home, Sault Ste-Marie

Services pour les enfants

Children's Aid Society, Sault Ste-Marie

Family Services Centre, Sault Ste-Marie

Programmes subventionnés de santé mentale communautaires

Canadian Mental Healt Association, Sault Ste-Marie

Medirep, Riverview Centre, Plummer Memorial Hospital, Sault Ste-Marie

Beginnings Transition House, Sault Ste-Marie

Camillus Centre Alcohol Treatment Program, Elliot Lake

P.A.R. Mental Health , Sault Ste-Marie

Plummer Memorial Detox Centre, Sault Ste-Marie

Omnipraticiens et psychiatres

Dr. J.F. Schwartzl, Sault Ste-Marie

Dr. Tang, Sault Ste-Marie

Hôpitaux et unités sanitaires

Algoma District Health Unit, Sault Ste-Marie

Hornepayne Community Hospital, Hornepayne

Plummer Memorial Hospital, Sault Ste-Marie

St-Joseph's General Hospital, Elliot Lake

Sault Ste-Marie General Hospital, Sault Ste-Marie

COCHRANE

Associations, groupes intéressés, agences

A.C.F.O., Cochrane District

A.F.C.O. Hearst

A.C.F.O. Timmins

Addiction Research Foundation, Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, Timmins

Association for the Mentally Retarded, Timmins

Cochrane District Health Council, Timmins

Cochrane District Health Council, Mental Health Sub-Committee, Timmins

Cochrane Temiskaming Resource Centre, South Porcupine

Community Association of Timmins, Timmins

Cor Jesu, Timmins

Correctional Services Canada, Timmins

Family Resource Centre, Matheson

Grand Council Treaty #9 (representatives)

Ministry of Community and Social Services District Office, Timmins

Moose Factory Band, Moose Factory

National Native Alcohol and Drug Abuse Program, Moose Factory

National Parole Service, Cochrane

Ontario Provincial Police, South Porcupine

Roman Catholic Diocese Family Counselling Centre, Timmins

Service de Toxicomanie Inc. North Cochrane Addiction Services Inc. Kapuskasing

Telecare, Timmins

Services pour les enfants

Children's Aid Society, Kapuskasing

Children's Aid Society, Timmins

Children's Mental Health Services, Moosonee

Porcupine and District Children's Aid Society, Timmins

South Cochrane Child and Youth Services, Timmins

Progammes subventionnés en santé mentale communautaire

CMHA/ Timmins Lifeline Program, Timmins

Canadian Mental Health Association, Kirkland Lake

Maison Renaissance Inc. Hearst

Mid-step Program, St. Mary's General Hospital, Timmins

Minto Counselling Centre, Cochrane

North Cochrane Mental Health Services, Kapuskasing

North Cochrane Addiction Services Inc., Kapuskasing

Sensenbrenner Community Mental Health Services, Kapuskasing

Omnipraticiens et psychiatres

Dr. Haskens, Iroquois Falls

Dr. R. Killingbeck, Matheson

Dr. P. Logan, Matheson

Dr. J. Slater, Cochrane

Hôpitaux et unités sanitaires

Lady Minto Hospital, Cochrane

Moose Factory General Hospital, Moose Factory

Moosonee James Bay General Hospital, Moosonee

Hôpital Notre-Dame, Hearst

Porcupine General Hospital, Timmins

Porcupine Health Unit, Timmins

St. Mary's General Hospital, Timmins

Timmins District Hospital, Timmins

NIPPISSING/TIMISKAMING

Associations, groupes intéressés et agences

A.C.F.O./ Nipissing, North Bay

Association for the Mentally retarded, North Bay

Canadore College, North Bay

Centre Concordia Pavillon Culture, Sturgeon Falls

Chateau Nursing Home, Kirkland Home, Kirkland Lake

Community Contact, Kirkland Lake

Norm Critchley - architect, North Bay

Extendicare/Kirkland Nursing Home, Kirkland Lake

Family Life Centre, North Bay

Harmony House Inc. Kirkland Lake

Indian friendship Centre, North Bay

Industrial Commission, Sturgeon Falls

Lawrence Commanda Health Centre, Garden Village

Mayor Stan Lawlor, North Bay

Ministry of Community and Social Services District Office, North Bay

Nipissing District Social Services

North Bay crisis Centre, North Bay

North Bay Ratepayers Group

OPSEU, North Bay

Ontario Provincial Police, Kirkland Lake

Pavillion Family Resource Centre, Haileybury

Police Department, Kirkland Lake

Police Departement, Sturgeon Falls

Recovery Inc, North Bay

St. Joseph's Centre, North Bay

The Salvation Army, Kirlkland Lake

West Nipissing Association for the Mentally Retarded

West Nipissing Public services

West Nipissing Social Services Association

Victorian Order of Nurses, North Bay

Services pour les enfants

Children's Mental Health Centre, Parry Sound

Child and Youth Services of Timiskaming, Kirkland Lake

Concordia Centre, North Bay

Family and Children's Services Society, Kirkland Lake

Family and Children's Services, North Bay

Nipissing Children's Services, North Bay

Nipissing Children's Services Co-ordinating and Advisory Group (CSCAG)

Kirkland Lake Education System Representatives:
Doug Cooper, Head of Student Services
Claire Bouillion, Counsellor
Brian Bronson, Counsellor
Pat Arnie, Counsellor

Programmes subventionnés de santé mentale communautaires

Canadian Mental Health Association/ Drop-In Centre, North Bay

Community Mental Health Service, Bracebridge

Crisis Centre, North Bay

Mental Health Services Board, North Bay

North Bay Mental Health Services, North Bay

Centre Alliance, West Nipissing

Omnipraticiens et psychiatres

Dr. K.E. Badoe, North Bay

Dr. A, Boafo, North Bay

Dr. E. Hlasek, North Bay

Dr. D.V. Krishnaprasad, North Bay

Dr. E.A. O'Toole, North Bay

Dr, Yip Tong, North Bay

Il y eut également une rencontre de groupe avec le corps médical de l'Hôpital général de North Bay.

Hôpitaux et unités sanitaires

Kirkland and District Hospital, Kirkland Lake

New Liskeard Hospital, New Lieskeard

North Bay and District Health Unit, North Bay

North Bay Civic Hospital, North Bay

North Bay Psychiatric Hospital, North Bay and department representaives:
- Nursing
- Support Services
- Education
- Medical Staff
- Out-Patient Departments
- Occupational Therapy
- Information Officer
- Patient Advocate
- Psychology
- Social Work

St. Joseph's general Hospital, North Bay

Timiskaming Health Unit, Mental Health Program, Kirkland Lake

West Nipissing General Hospital, Sturgeon Falls

MANITOULIN/SUDBURY

Associations, groupes intéressés, agences

A.C.F.O., Sudbury

Addiction Research Foundation/Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, Sudbury

Association for the Mentally Retarded, Sudbury

Extendicare Sudbury, Falconbridge, Sudbury

Extendicare Sudbury, York Nursing Home, Sudbury

Indian Eskimo Friendship Centre, Sudbury

Manitoulin Sudbury District Health Council, Sudbury

Men's Social Services Salvation Army Alcoholic Treatment Clinic, Sudbury

Ministry of Community and Social Services, District Office, Sudbury

Ministry of Norther Development and Mines, Sudbury

N'Swaknok Native Friendship Centre, Sudbury

Ontario Friends of Schizophrenics, Sudbury

Recovery inc., Sudbury

Service Familial de la Région de Sudbury Inc., Sudbury

Telecare, Sudbury

United Chiefs and Councils of Manitoulin Island

Wikwimikong Mental Health Program, Sudbury

Wikwimikong Nursing Home, Sudbury

Services pour les enfants

Centre des Jeunes de Sudbury Inc., Sudbury

Children's Aid Society, Sudbury

Children's Servicess Committee, Sudbury

Manitoulin Board of Education, Little Current

Probation and After Care, Children's Services Division, Sudbury

Programmes subventionnés en santé mentale communautaire

Canadian Mental Health Association, Lively

Crisis Intervention Program, Sudbury General Hospital, Sudbury

Depression Management and Suicide Prevention, Manitoulin

Expanded Psychiatric Day Care Program, Sudbury

Sudbury Algoma Hospital - Clinics Program

Omnipraticiens et psychiatres

Dr. J.C. Crosbie, Sudbury

Dr. G.M. Irvine, Sudbury

Dr. Y. Kwasnie, Sudbury

Dr. E.C. MacLeod, Sudbury

Dr. McFarthing, Sudbury

Hôpitaux et unités sanitaires

Manitoulin Health Centre, Little Current

Sudbury Algoma Hospital, Sudbury

Sudbury and District Health Unit, Sudbury

Sudbury General Hospital, Sudbury

Sudbury Laurentian Hospital, Sudbury

Sudbury Memorial Hospital, Sudbury

* * * * *

Les interviews suivants ont été effectués dans toutes les régions de service pertinentes à cette étude globale.

Associations, groupes intéressés, agences

Indian Commissionner of Ontario

Ministry of Indian and Northern Affairs

National Health and Welfare

Northest Ontario Association Homes for the Aged:
- West Nipissing Homes for the Aged
- Au Chateau Home for the Aged, Sturgeon Falls
- South Centennial Manor, Iroquois Falls
- Cochrane District Homes for the Aged
- Cassellholme, North Bay
- Manitoulin Centennial Manor, Little Current
- Pioneer Manor, Sudbury
- North Centennial Manor, Kapuskasing

Northern Health Services Division of Health and Welfare Canada

Ministry of Community and Social Services - Assistant Deputy Minister

Minister of Health

Omnipraticiens et psychiatres

Dr. Heseltine (psychiatre) author of Blue Print For Change

Dr. Barry Humphries

Dr. Kern, University of Western Ontario, Division of Research and Education

Dr. Dan Offord - McMaster

Dr. Bernard Proulx

Dr. Naomi Rae-Grant

Dr. Quenti Rae-Grant

Dr. Reichenfeld - Ottawa - Carleton Program

RÉUNIONS PUBLIQUES

En janvier 1986 le public fut invité à assister à des assemblées publiques d'information dans les villes suivantes afin d'échanger sur les questions et préoccupations reliées à la santé mentale:

- North Bay
- Kirkland Lake
- Cochrane
- Timmins
- Sudbury
- Elliot Lake
- Sault Ste-Marie

La participation à ces séances à été de trois participants à Cochrane à 58 participants à Sault Ste-Marie. Les participants représentaient une grande

variété de groupe incluant des ex-patients psychiatriques, des dispensateurs en santé mentale, la presse, les agences intéressées et les associations, et des membres du public. Plus de 160 personnes se sont présentées à ces séances.

SÉANCES D'ESSAI DU MODÈLE

En mai 1986, le Comité de direction retourne dans la communauté pour une troisième fois afin de procéder à l'essai du modèle proposé et de solliciter une rétroaction des dispensateurs clés et des groupes intéressés afin de s'assurer de la justesse des recommandations et pour identifier les points ayant trait à la mise en place. Des séances furent tenues avec les groupes suivants:

- l'administration, la représentation médicale, les cadres supérieurs et intermédiaires l'Hôpital psychiatrique de North Bay
- le groupe d'agences de santé de North Bay
- les représentants du Syndicat des employés de la fonction publique
- le conseil d'administration du nouvel hôpital de North Bay
- l'Hôpital Algoma de Sudbury
- le Conseil de santé du district de Manitoulin/Sudbury - sous-comité de santé mentale et invités
- l'Hôpital général de Sudbury
- le Conseil de santé du district de Cochrane - sous-comité de santé mentale, invités et dispensateurs
- le Conseil de santé du district Algoma - sous-comité de santé mentale
- un groupe de dispensateurs de la région d'Algoma et Sault Ste-Marie
- l'association des Centres de santé mentale pour les enfants - représentants du Nord-Est de l'Ontario
- le Comité aviseur du programme de santé mentale de l'Unité sanitaire de Timiskaming - New Liskeard
- le ministère de la Santé

Ces séances furent utiles à plus d'un point de vue et ont assisté le Comité de direction à finaliser le modèle pour le Nord-Est de l'Ontario et à identifier les considérations de mise en place.

ANNEXE D

RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

PARTIE 1: SOMMAIRE DES RÉPONSES

PARTIE 2: RÉPONDANTS ET PERCEPTION DU RÔLE EN SANTÉ MENTALE

ANNEXE D PARTIE 1

SOMMAIRE DES RÉPONSES

SOMMAIRE DU QUESTIONNAIRE

Un questionnaire fut utilisé dans cette étude pour compléter l'information recueillie dans les entrevues, les consultations publiques et les soumissions formelles. Il fut employé spécifiquement pour:

- recueillir l'information de base sur les services existants, les dispensateurs et leurs rôles dans le système de santé mentale;
- faire la cueillette des opinions et des perceptions sur les services actuels et futurs en santé mentale;
- permettre une vaste participation et un input étendu à l'étude;
- augmenter la connaissance et l'intérêt vis-à-vis de l'étude.

Un autre questionnaire, préparé à l'intention des omnipratriciens, fut distribué respectivement à 435 omnipraticiens dans le Nord-Est de l'Ontario et 829 autres groupes allant des hôpitaux, des dispensateurs en santé mentale communautaire et organismes de planification aux autres groupes de services et aux églises. La distribution totale fut de 1,264.

En octobre, l'ébauche du questionnaire fut employée pour recueillir les données pendant le processus d'entrevue et pour vérifier son utilité. Il fut alors finalisé (en français et en anglais) et la distribution par la poste eut lieu en novembre. Bien que la date de retour ait été fixée au mois de décembre, les questionnaires retournés en janvier furent aussi considérés.

De façon à encourager un haut taux de réponse des médecins, une sollicitation par écrit fut faite aux sociétés médicales locales, demandant l'appui de la société et de ses membres pour l'étude.

En janvier 1986, le suivi fut fait par téléphone aux dispensateurs désignés en santé mentale qui n'avaient pas retourné leur questionnaire. Ceci fut fait pour s'assurer que leurs données seraient considérés dans les résultats du questionnaire.

On doit reconnaître que ce genre d'information est subjectif et ne devrait pas être employé comme énoncé conclusif pour une recherchhe "autonome", parce qu'elle ne l'est pas. Cependant, ce genre d'information s'ajoutant à d'autres ajoute à la description et sert d'appui aux données déjà recueillies.

Un sommaire des résultats des réponses aux questionnaires suit pour des parties sélectionnées, et les questions les plus pertinentes du questionnaire des omnipraticiens et de l'étude en santé mentale.

SOMMAIRE DE LA RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE POUR LE NORD-EST DE L'ONTARIO

	# Total distribués	#de retours non-utilisables	#total des réponses utilisables	% de réponses (moins les non-utilisables)*
Omnipraticiens	435	24	125	30.4
Hôpitaux, Santé mentale communautaire groupes intéressés et tous les autres groupes de services reliés	572	28	264	48.5
Églises	257	15	32	13.2
Total	1 264	67	421	35.2

* Égale $\frac{\text{Total retourné moins les retours non-utilisables}}{\text{Total distribué moins les retours non-utilisables}} \times 100$

OMNIPRATICIENS: RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

CE QUI SUIT EST UN SOMMAIRE DES CONSTATATIONS

ET DES COMMENTAIRES SUR LES QUESTIONS CLÉS

Touche Ross & Partners

Management Consultants

Échantillon de la lettre aux omnipraticiens

Le 3 décembre 1985

Vous êtes peut-être au courant que le ministère de la Santé de l'Ontario a créé un comité spécial auquel il a confié la responsabilité d'effectuer une importante étude sur les services de santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario. Cette étude a pour but d'établir un plan complet de dispensation des services de santé mentale dans toute cette vaste région.

Le Comité de direction ainsi formé a choisi la Firme Touche Ross et Associés comme conseillers en gestion pour l'assister à réaliser cette étude importante.

Dans le cadre de cette étude, nous voulions dresser un inventaire des besoins en santé mentale ainsi que des services existants. À cet effet, nous effectuons un sondage élaboré auprès des pourvoyeurs de services, des associations et des groupes de promotion afin de déterminer quels sont les différents intervenants au sein de ce système et aussi afin de recueillir des idées en vue d'améliorer les services et mécanismes de dispensation de ces services.

Le questionnaire ci-joint a été conçu de manière à être rempli en 15 minutes environ. Nous croyons qu'il cerne les questions clés reliées aux services de santé mentale intéressant les médecins de pratique générale. Une enveloppe pré-adressée et dûment affranchie vous est fournie afin de faciliter le retour du questionnaire.

Vous êtes en mesure d'apprécier qu'il nous faut un taux de réponse élevé à ce sondage pour pouvoir formuler des recommandations pertinentes et fondées sur les forces que vous aurez identifiées. L'information que vous nous fournirez contribuera de façon importante au développement des recommandations que nous ferons.

À cet effet, nous vous demandons d'inscrire votre nom et votre numéro de téléphone à la fin du questionnaire pour nous permettre de vous contacter directement si nous jugeons nécessaire d'obtenir plus de précisions au sujet des problèmes et des besoins particuliers à votre région.

Le questionnaire ci-inclus est disponible en anglais. Si vous préférez utiliser la version anglaise, n'hésitez pas à me téléphoner au numéro de téléphone suivant: (416) 364-4242

Au nom de l'équipe, je désire vous remercier à l'avance de votre collaboration. Nous vous saurions gré de nous retourner le questionnaire dûment rempli avant le 31 décembre 1985.

Darlene Stafford, C.M.C.
Conseiller senior

Pièce jointe

DS/kw

P O BOX 12 • 1 FIRST CANADIAN PLACE • 100 KING STREET WEST • TORONTO ONTARIO M5X 1B3
TELEPHONE (416) 364-4242 • TELEX 065-24310

ÉTUDE AUPRÈS DES
MÉDECINS EN PRATIQUE GÉNÉRALE

Lieu _____ _____
Ville Comté

1. Combien de patients avez-vous traités en 1984?

   Nombre de familles _____ et/ou Nombre de patients _____

2. À combien évaluez-vous le **pourcentage** de patients que vous avez traités en 1984 souffrant de troubles mentaux? (s.v.p. cocher)

   ☐ 0-25% ☐ 26-50% ☐ 51-75% ☐ 76% et plus

3. Quel est le **pourcentage** de vos clients dont la langue maternelle est?

%	
___	Anglais
___	Français
___	Amérindien
___	Autre (s.v.p. préciser) _____
___	Autre (s.v.p. préciser) _____
100%	Total

4. En quelle(s) langue(s) vos services sont-ils offerts? (s.v.p. cocher)

   ☐ Anglais ☐ Amérindien
   ☐ Français ☐ Autre (s.v.p. préciser) _____

5. Référez-vous des patients à d'autres agences, institutions, ou individus offrant des services de santé mentale?

   ☐ oui ☐ non

6. Si oui, à quels agences, institutions, ou individus les référez-vous **principalement**?

   (a) _____
   (b) _____
   (c) _____
   (d) _____
   (e) _____

7. Pour quelles raisons référez-vous vos clients?

   (a) _____
   (b) _____
   (c) _____
   (d) _____

8. Est-ce que des cas vous sont référés pour obtenir des services de santé mentale?

☐ oui ☐ non

9. Si oui, veuillez décrire la nature de ces services.

_____

_____

_____

_____

10. À combien évaluez-vous le **nombre** de patients souffrant de troubles mentaux que vous avez référés aux services suivants en 1985?

Donnez le NOMBRE, non le pourcentage.

☐ Psychiatre en pratique privée

☐ Soins psychiatriques dans un hôpital

☐ Soins psychiatriques en clinique externe

☐ Centre de santé mentale pour enfants

☐ Travailleur/agence social

☐ Infirmière à domicile/unité sanitaire

☐ Auxiliaire familiale/soins à domicile

☐ Service pour l'abus d'alcool et de drogues

☐ Ateliers protégés

☐ Psychologue/Psychométricien

☐ Conseiller familial ou matrimonial

☐ Groupe d'entraide

☐ Service de réadaptation

☐ Autre (s.v.p. préciser) _____

☐ Autre (s.v.p. préciser) _____

☐ Autre (s.v.p. préciser) _____

11. Les catégories utilisées ci-dessous correspondent aux plus récentes catégories de troubles mentaux utilisées par le ministère de la Santé de l'Ontario (ICD9). Pour faciliter la référence nous vous fournissons le code de chacun des diagnostics.

Évaluez les **pourcentages** de vos clients en <u>santé mentale</u> qui, en 1984, avaient un problème relié principalement à:

Donnez le POURCENTAGE, non le nombre.

	<u>Diagnostic (ICD9)</u>
⌊_ _ _⌋ Démence sénile et pré-sénile	290
⌊_ _ _⌋ Psychoses alcooliques	291
⌊_ _ _⌋ Psychoses reliées aux drogues	292
⌊_ _ _⌋ Autres psychoses organiques (chroniques)	293, 294
⌊_ _ _⌋ Schizophrénie	295
⌊_ _ _⌋ Psychoses affectives (par ex.: maladies dépressives)	296
⌊_ _ _⌋ États paranoïaques	297
⌊_ _ _⌋ Autres psychoses non organiques	298, 299
⌊_ _ _⌋ Troubles névrotiques (par ex.: dépression et anxiété)	300
⌊_ _ _⌋ Troubles de personnalité	301
⌊_ _ _⌋ Alcoolisme	303
⌊_ _ _⌋ Abus de drogues et dépendance à celles-ci	304, 305
⌊_ _ _⌋ Réaction aiguë au stress	308
⌊_ _ _⌋ Réaction d'adaptation	309
⌊_ _ _⌋ Troubles émotifs de l'enfance et de l'adolescence	313
⌊_ _ _⌋ Syndrome d'hyperactivité de l'enfance	314
⌊_ _ _⌋ Retards spécifiques du développement	315
⌊_ _ _⌋ Autres troubles non psychotiques	302, 306, 307, 310, 311, 312, 316
⌊_ _ _⌋ Autre (s.v.p. préciser) _____	
⌊_ _ _⌋ Autre (s.v.p. préciser) _____	

12. Selon vous, qui ou quel(s) groupe(s) devrait(ent) planifier ou coordonner les services de santé mentale...

a) dans votre localité et les environs?

b) dans le nord-est de l'Ontario?

---

13. Selon vous, quelles sont les **forces** des services de santé mentale...

a) dans votre localité et les environs?

b) dans le nord-est de l'Ontario?

---

14. Selon vous, quelles sont les **faiblesses** des services de santé mentale...

a) dans votre localité et les environs?

b) dans le nord-est de l'Ontario?

---

15. Quels sont les obstacles majeurs au développement de nouveaux services de santé mentale dans votre localité?

(a) _____

(b) _____

(c) _____

16. Pourriez-vous suggérer d'autres individus ou organismes locaux que l'on pourrait consulter dans le cadre de cette étude?

Nom _____

Adresse _____

_____

Nous apprécierions que vous mentionniez votre nom et votre numéro de téléphone au cas où nous voudrions discuter directement avec vous de certains problèmes particuliers soulevés par cette étude.

_____
Nom (lettres moulées, s.v.p.)

_____
Numéro de téléphone

Nous vous remercions d'avoir complété ce questionnaire. Veuillez retourner le tout dans l'enveloppe ci-jointe.

Votre participation est grandement appréciée.

11/85

TAUX DE RÉPONSES PAR DISTRICT DES OMNIPRATICIENS

Régions	#envoyés	# retournés non-utilisables	# total des reponses utilisables	% de réponses (moins non utilisables)
Algoma	**91**	**3**	**31**	**35.2**
Cochrane	**78**	**5**	**25**	**34.3**
Manitoulin/Sudbury	**129**	**9**	**36**	**30.0**
Nipissing/ Timiskaming	**137**	**7**	**33**	**25.4**
TOTAL	**435**	**24**	**125**	**30.4**

QUESTION 3: **Quel est le pourcentage de vos clients dont la langue maternelle est l'anglais, le français, l'amérindien ou autres?**

et

QUESTION 4: **En quelles langues vos services sont-ils offerts?**

LANGUES (Nombres actuels)

	Anglais		Français		Amérindien		Autres		Total des Répondants
	Besions	Fournis	Besoins	Fournis	Besoins	Fournis	Besoins	Fournis	
Algoma	31	31	29	11	13	0	22	7	95
Cochrane	25	25	21	8	12	2	7	2	65
Manitoulin/Sudbury	36	36	31	9	23	1	22	4	112
Nipissing/Timiskaming	33	33	31	18	16	0	12	4	92
TOTAL NEO	125	125	112	46	64	3	63	17	364

% DES RÉPONDENTS INDIQUANT UN BESOIN DE LANGUAGE

	Anglais	Français	Amérindien	Autres	Total
Algoma	32.6	30.5	13.7	23.2	100.0
Cochrane	38.5	32.3	18.5	10.8	100.0
Manitoulin/Sudbury	32.1	27.7	20.5	19.6	100.0
Nipissing/Timiskaming	35.9	33.7	17.4	13.0	100.0
TOTAL NEO	34.3	30.8	17.6	17.3	100.0

QUESTION 5: Référez-vous des patients à d'autres agences, institutions ou individus offrant des services de santé mentale?

Région	Oui	Non	% Référés	% de réponses à la question
Algoma	30	1	96.7	100
Cochrane	25	0	100.0	100
Manitoulin/Sudbury	36	0	100.0	100
North Bay	33	0	100.0	100
TOTAL	124	1	99.2	100

QUESTION 6: Si oui, à quelles agences, institutions ou individus les référez-vous principalement?

	ALGOMA Rép. Total 31		COCHRANE Rép. Total 25		MANITOULIN/SUDBURY Rép. Total 36		NIPISSING/TIMISKAMING Rép. Total 33	
	#	% de rép. omni.	#	% de rép. omni.	#	% de rép. omni	#	% de rép. omni
Hôpitaux	34		23		47		31	
Non-spécifiques			1	4.0				
Clarke Institute			1	4.0				
Elliot Lake Hospital	1	3.2						
Hospital for Sick Children (Tor.)			1	4.0	1	2.8		
Hotel Dieu Hospital			1	4.0				
Kingston General Hospital			1	4.0				
North Bay Psychiatric			7	28.0			22	66.6
St. Marys			10	40.0				
Sudbury Algoma	9	29.0			23	63.9	3	9.1
Sudbury General	1	3.2			21	58.3	1	3.0
Riverview Center	21	67.7						
Psychiatric Out-Patient Clinic							1	3.0
Mental Health Dept. of Hospital							3	9.1
Crisis Workers at Hospital					1	2.8		
Homewood	2	6.5	1	4.0	1	2.8		
Penetang							1	3.0
Unité de santé mentale	4		6		13		13	
East Algoma	3	9.7						
Espanola								
Kapuskasing			1	4.0	2	5.6		
Kirkland Lake								
Manitoulin							1	3.0
Mindemoya					2	5.6		
Parry Sound					6	16.7		
Timiskaming							2	6.1
Wikwemikong							7	21.2
Wawa (Adulte/enfant)	1	3.2			1	2.8		
M.H. Clinics/Agencies			1	4.0	2	5.6	2	6.1
Community M.H. Services			4	16.0			1	3.0
Travailleurs sociaux	3				2		1	
Not Spécifique								
Hospital Social Workers	1	3.2			2	5.6	1	3.0
Jean Marc Bisson	1	3.2						
Loretta Doyle	1	3.2						
Agences	13		9		3		13	
Child & Family Services							4	12.1
Childrens' Mental Health Serv.							1	3.0
C.A.S.			1	4.0			1	3.0
Child & Youth Services	1	3.2	3	12.0			2	6.1
Canadian Mental Health Assoc.			2	8.0				
Crisis Centre/Crisis Involvement	1	3.2					1	3.0
CYDC (?)			1	4.0				
Family Life Centre	5	16.1					4	12.1
Family & Social Services	4	12.9			1	2.8		
Lifeline			1	4.0				
SCYS			1	4.0				
University Centers					1	2.8		
Women's Crisis Centre	2	6.5						
Erratic Behaviour Classes					1	2.8		
Psychiatres	27		12		11		22	
Non-spécifique (privé)	4		4	16.0				
Sudbury	3	9.7			11	30.6	4	12.1
Sault Ste. Marie	1	3.2						
Spécifique:								
Abbott								
Blackburn	1	3.2					1	3.0
Brutus								
Duckworth							4	12.1
Graphad			5	20.0				
Gymak			1	4.0				
Hess	4	12.9						
Krishraprasad	1	3.2						
Odegard			2	8.0				
Oiteris							4	12.1
O'Toole							1	3.0
Ramsay							5	15.2
Schwartzl	6	19.4					1	3.0
Tang	6	19.4						
Watt	1	3.2						
Seltzer							2	6.1

QUESTION 6: suite

	ALGOMA Rép. totale 31		COCHRANE Rép. totale 25		MANITOULIN/SUDBURY Rép. totale 36		NIPISSING/TIMISKAMING Rép. totale 33	
	#	% de rép. omni.	#	% de rép. omni.	#	% de rép. omni.	#	% de rép. omni.
Psychologues	2				5		3	
Non-specifique	2	6.5			5	13.9	1	3.0
Beech (Toronto)							1	3.0
Holland (Parry Sound)							1	3.0
Psychothérapeutes					1	2.8		
Pédiatres locaux/autres	8		1	4.0	6		1	
Counselling	3	9.7			1	2.8		
Conseillers maritaux					1	2.8		
Medicins privés/conseillers					4	11.1	1	3.0
Counselling Group Help Centre	5	16.1						
Minto			1	4.0				
Prog. pour alcool et drogue	12		3		7		10	
Réadaptation					2	5.6	1	3.0
Abuse de l'alcool et drogue					1	2.8		
Addiction Research Found'n					2	5.6		
Alcohol Program/AA/Alanon	5	16.1			2	5.6	2	6.1
Midstep			1	4.0				
Alliance							2	6.1
Concordia							5	15.2
Cor Jesu Alcohol Treatment Centre			1	4.0				
Detox	3	9.7						
Ken Brown Recovery Home	1	3.2						
Smith Clinic	1	3.2						
Camillus	2	6.5						
Prog. de désintoxication			1	4.0				

QUESTION 7: Pour quelles raisons référez-vous vos clients?

Raison de référer	ALGOMA rép. tot. 31		COCHRANE rép. tot. 25		MANITOULIN/ SUDBURY rép. tot. 36		NIPISSING/ TIMISKAMING rép. tot. 33	
	# Rép.	%	# Rép.	%	# Rép.	%	# Rép.	%
Anxiété	4	12.9			5	13.9	1	3.0
Dépression	8	25.8	4	16.0	8	22.2	6	18.2
Agitation	1	3.2						
Psychoses	5	16.1	1	4.0	5	13.9	6	18.2
Alcool/drogues	5	16.1	2	8.0	4	11.1	1	3.0
Schizophrénie	1	3.2	2	8.0	1	2.8		
Tendances suicidaires	7	22.6	1	4.0	2	5.6	2	6.1
Névroses	1	3.2	1	4.0	2	5.6	2	6.1
Phobies	1	3.2	1	4.0	2	5.6		
Violence	2	6.5			3	8.3		
Troubles émotionnels			1	4.0				
Troubles de comportement (enf)			2	8.0	2	5.6	3	9.1
Troubles de comp. ou de pers.					3	8.3	3	9.1
Problèmes développementaux					2	5.6		
Démence sénile							1	3.0
Maladie mentale	2	6.5	3	12.0	4	11.1	5	15.2
Troubles affectifs	1	3.2	1	4.0			1	3.0
Brutalité - enfants	1	3.2	1	4.0				
Brutalité - épouses	1	3.2	1	4.0	1	2.8		
Gestion de crise	1	3.2						
Incapable de coopérer	1	3.2						
Admission	5	16.1			2	5.6	1	3.0
Cons., éva., dia.	10	32.4	7	28.0	7	19.4	13	39.4
Échec de thérapie	1	3.2	1	4.0				
Soins spéciaux	1	3.2						
Counselling	9	29.0	3	12.0	7	19.4	3	9.1
Soins à long terme			1	4.0	2	5.6	3	9.1
Traitement	1	3.2	1	4.0	2	5.6		
Thérapie de groupe					1	2.8		
Aide au cas							2	6.1
Thérapie de la famille					1	2.8	3	9.1
Suivi instantané			1	4.0				
Problèmes spécifiques de sit.	3	9.7	1	4.0	8	22.2	4	12.1
Expertise pers. inadéquate	3	9.7	3	12.0	6	16.7	6	18.2
Requête de la famille/patient	5	16.1						

QUESTION 8 & 9: Est-ce que des cas vous sont référés pour obtenir des services de santé mentale? Si oui, veuillez décrire la nature des services?

OMNIPRACTICIENS OFFRANT UN SERVICE EN SANTÉ MENTALE

Région	ALGOMA Rép. tot. 31	COCHRANE Rép. tot. 25	MANITOULIN/ SUDBURY Rép. tot. 36	NIPISSING/ TIMISKAMING Rép. tot. 33	N. TOTAL N.E.	% DU TOTAL (125)
# d'omni. qui recoivent des cas référés	6	6	6	5		
% total d'omni.	19.4	24.0	16.7	16.7	23.0	18.4

SERVICES OFFERTS PAR LES RÉPONDANTS OMNI.

Nature du service	ALGOMA		COCHRANE		MANITOULIN/ SUDBURY		NIPISSING/ TIMISKAMING	
	#	%(1)	#	%	#	%	#	%
Consultation alcool et drogue	3	50.0					1	20.0
Consultation (générale)	1	16.7	1	16.7				
Brutalité d'enfant	1	16.7						
Psychothérapie famille/enfant	1	16.7	1	16.7			2	40.0
Evaluation	1	16.7	1	16.7				
Dépression/adolescent			2	33.3				
Traitement			1	16.7	2	33.3		
Prog. neurolinguistique			1	16.7				
Detox					1	16.6		
Suivis					1	16.6		
Counselling					1	06.6	2	40.0

(1) Pourcentage de ceux qui ont répondu en totalité à la question. Note: % sera 100% parce que certains omnipracticiens donnent plus d'un service.

QUESTION 10: À combien évaluez-vous le nombre de patients souffrant de troubles mentaux que vous avez référés en 1984 aux services suivants?

	# Total référés	% d'omni. référant à cette source
Services spécialisés en psychiatrie		
Psychiatrie privée	1939	78.8
Soins psychiatriques en établissement	1459	88.5
Soins psychiatriques services externes	1485	65.5
Réadaptation	202	21.2
Dans la communauté		
Centre de santé mentale pour enfants	454	52.2
Travailleur social/Agence	1129	62.0
Infirmière visiteuse/Unité sanitaire	834	42.5
Entretien ménager/soins à domicile	1079	46.0
Service pour alcool et drogue	858	73.2
Atelier protégé	38	12.4
Psychologue/psychométricien	698	61.1
Conseiller matrimonial ou familial	807	62.0
Groupe d'aide personnelle	161	22.1
Autre	80	8.0
TOTAL	11,223	

QUESTION 12a: **Selon vous, qui on quel groupe devrait planifier coordonner les services de santé mentale dans votre localité ou les environs?**

	ALGOMA		COCHRANE		MANITOULIN/SUDBURY		NIPISSING/ TIMISKAMING		TOUTES REGIONS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Ontario M.O.H./ Provincial Gov.	2	6.8	2	8.7	3	8.3	2	6.3	9	7.5
DHC/Formal Planning	7	24.1	3	13.0	11	30.6	6	18.8	27	22.5
Academy of Body Medicine, GPs, Psychiatrists	13	44.8	11	47.8	14	38.9	14	43.8	46	38.3
Other Providers (Soc. Workers, Public Health, Psychologist)	8	27.6	10	43.5	15	41.7	13	40.6	56	46.7
A Hosp-based Psych Unit	2	6.9	3	13.0	3	8.3	1	3.1	9	7.5
Specific Providers: NBPH							2	6.3	2	1.6
W. Nipissing Alliance							2	6.3	2	1.6
Sudbury/Algoma Centre					4	11.1			4	3.3
Sudbury General					2	5.5			2	1.6
District Hospital			4	17.4	1	2.8	4	12.5	9	7.5
Riverview Centre	5	17.2							5	4.2
Incertain	1	3.4			2	5.5	3	9.4	6	5.0
Total Useable Responses and Response Rate	29	93.6	23	92.0	36	100.0	32	97.0	120	96.0

QUESTION 12b: Selon vous, qui on quel groupe devrait planifier coordonner les services mentale de santé dans le Nord-Est de l'Ontario?

Réponses	#	%
Omni. et/ou Psych./ Academy of Medicine	25	29.1
Ministère de la Santé	14	16.3
Autre	47	54.6
Total	86*	100.0

QUESTION 13a: Selon vous, quelles sont les forces des services de santé mentale dans votre localité ou les environs?

	ALGOMA rép. tot.26		COCHRANE rép. tot.24		MANITOULIN/ SUDBURY rép. tot.36		NIPISSING/ TIMISKAMING rép. tot.33		TOTAL DES RÉPONSES 119	
Forces réponses fréquentes	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Traitement de désin.	7	26.9							7	5.9
Riverview Centre	6	23.1							6	5.0
Psychiatres	5	19.2			4	11.1			9	7.6
Clinique de santé mentale	4	15.4					4	12.1	8	6.7
Rien			11	45.8	6	16.6	6	18.2	23	19.3
Soins infirmiers et travailleurs sociaux			6	25.0					6	5.0
Médecins locaux			5	20.8					5	4.2
Services de counseling					4	11.1			4	3.4
Accessibilité/facilité à diriger					4	11.1			4	3.4
Bonnes communications					4	11.1			4	3.4
Service externe H.P.N.B.							5	15.2	5	4.2
Coop. entre pers. méd.							4	12.1	4	3.4

QUESTION 13a: Selon vous, quelles sont les forces des services de santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario?

RÉPONSES TOTALES OMNI.: TOUTES LES RÉGIONS COMBINÉES
TROIS RÉPONSES FRÉQUENTES

Trois réponses les plus fréquentes	#	% de réponses utilisables
Inconnue	23	31.9
Aucune/Inadéquate	15	20.8
Psychiatres	5	6.9
Pas de réponse	53	
Taux de réponse		52.6

QUESTION 14a: Selon vous, quelles sont les faiblesses des services de santé mentale dans votre localité ou les environs?

	ALGOMA rép. tot.31		COCHRANE rép. tot.23		MANITOULIN/ SUDBURY rép. tot.32		NIPISSING/ TIMISKAMING rép. tot.31		TOTAL DES RÉPONSES 117	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Pénurie de psychiatres	10	32.3	9	39.1	8	25.0	11	35.5	38	32.5
Pénurie d'autres prof. en santé mentale	3	9.7	6	26.1	8	25.0	8	25.8	25	21.4
Manque de lits/services	8	25.8	4	17.4	3	9.4	9	29.0	24	20.5
Manque d'éducation du public	2	6.5	1	4.4	1	3.1	1	3.2	5	4.2
Manque de fonds	2	6.5	2	8.7	1	3.1	2	6.5	7	6.0
Manque de services pour les enfants	4	12.9	4	17.4	6	18.8	4	12.9	18	15.4
Manque de services psychogériatriques	1	3.2	1	4.4			1	3.2	3	2.6
Longues listes d'attente	4	12.9	1	4.4	3	9.4			8	6.8
Manque de services bilingues	3	9.7			2	6.3	1	3.2	6	5.1
Accessibilité pauvre/ distance à parcourir	1	3.2	3	13.0	2	6.3	2	6.5	8	6.8
Rôle des dispensateurs non clairs, manque de de communication, de coordination, suivi	2	0.7	7	30.4	5	15.6	5	16.1	19	16.2
Trop de médication					2	6.3			2	1.7
Manque de services communautaires	1	3.2	3	13.0					4	3.4
Omni. désintéressés	3	9.7			1	3.1			4	3.4
Législation							1	3.2	1	.9

Certains médecins ont fourni plusieurs réponses

QUESTION 14b: Selon vous, quelles sont les faiblesses des services de santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario?

Réponses à fréquence 4	#	NEO TOTAL % de réponses utilisables (117)
Manque de psychiatres	16	13.7
Inconnue	15	12.8
Manque de personnel	9	7.7
Manque de services pour enfants	8	6.8
Manque de communication de coordination entre les dispensateurs	5	4.3

QUESTION 15: Quels sont les obstacles majeurs au développement de nouveaux services de santé mentale dans votre localité?

NEO TOTAL

Cinq réponses les plus fréquentes	#	% de réponses tot. utilisables (109)
Manque de fonds	37	33.9
Manque de psychiatres	20	18.3
Pénurie de personnel en santé mentale	16	14.7
Distance à parcourir/ isolation	16	14.7
Services inadéquats	8	7.4

RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE EN SANTÉ MENTALE

Ce qui suit donne un sommaire des constatations
et des commentaires sur les questions clés

Touche Ross & Partners
Management Consultants

Échantillon utilisé pour le sondage sur la santé mentale

Le 28 novembre, 1985

Chère Madame Jones,

Vous êtes peut-être au courant que le ministère de la Santé de l'Ontario a créé un comité spécial auquel il a confié la responsabilité d'effectuer une importante étude sur les services de santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario. Cette étude a pour but d'établir un plan complet de dispensation des services de santé mentale dans toute cette vaste région.

Le Comité de direction ainsi formé a choisi la Firme Touche Ross et Associés comme conseillers en gestion pour l'assister à réaliser cette étude importante.

Dans le cadre de cette étude, nous voulions dresser un inventaire des besoins en santé mentale ainsi que des services existants. À cet effet, nous effectuons un sondage élaboré auprès des pourvoyeurs de services, des associations et des groupes de promotion afin de déterminer quels sont les différents intervenants au sein de ce système et aussi afin de recueillir des idées en vue d'améliorer les services et mécanismes de dispensation de ces services.

Ce sondage a été conçu pour l'usage d'une grande variété de groupes, allant des groupes d'entraide, des églises, de la Police provinciale de l'Ontario aux hôpitaux, des maisons de soins infirmiers, et des centres de santé mentale pour enfants. Le degré d'intérêt et d'implication de ces groupes dans les services de santé mentale varient d'un groupe à l'autre. Nous nous attendons à ce que certains organismes rempliront le questionnaire en entier alors que d'autres ne pourront pas répondre aux questions détaillées. De toute façon, nous suggérons à tous les répondants d'accorder une attention particulière aux questions suivantes: 16, 28 à 30, 38 à 40 et 41 à 44. Ces quatre dernières questions sont ouvertes afin de vous permettre de donner vos impressions quant aux forces et faiblesses du système de santé mentale.

Vous êtes en mesure d'apprécier qu'il nous faut un taux de réponse élevé à ce sondage pour pouvoir formuler des recommandations pertinentes et fondées sur les forces que vous aurez identifiées. L'information que vous nous fournirez contribuera de façon importante au développement des recommandations que nous ferons.

Le questionnaire est disponible en français et en anglais. Si vous préférez utiliser la version anglaise, n'hésitez pas à me téléphoner au numéro de téléphone suivant: (416) 364-4242

Au nom de l'équipe, je désire vous remercier à l'avance de votre collaboration. Nous vous saurions gré de nous retourner le questionnaire dûment rempli avant le 31 décembre 1985.

Darlene Stafford, C.M.C.
Conseiller senior

ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE
DANS LE NORD-EST DE L'ONTARIO

Nom de l'organisme _____ _____
Téléphone

Adresse _____ _____ _____
Ville Comté

Directeur/Administrateur _____

Jours et heures d'affaires _____

1. Quel est le mandat de votre organisme?

_____

_____

_____

_____

_____

2. En 1984, quel était votre budget total d'exploitation? $_____

3. En 1984, quelles étaient vos sources de financement? S.V.P. indiquer en pourcentage:

	%
	Ministère de la Santé de l'Ontario
	Ministère des Services sociaux et communautaires
	Ministère de l'Éducation
	Autre organisme du gouvernement provincial
	Gouvernement municipal/régional
	Gouvernement fédéral
	Contributions volontaires
	Contribution du client
	Cartes de membres
	Autre, s.v.p. préciser: _____
Total	1 0 0%

4. Quel était le pourcentage de votre budget affecté à des services de santé mentale en 1984?

$_____; _____% du total

5. Quel pourcentage de vos clients est de langue maternelle:

%	
____	
____	Anglaise
____	Française
____	Amérindienne
____	Autre, s.v.p. préciser _____
____	Autre, s.v.p. préciser _____
1 0 0%	

6. Dans lesquelles des langues suivantes votre organisme offre-t-il ses services? (s.v.p. cocher)

☐ Anglais ☐ Amérindien

☐ Français ☐ Autre, s.v.p. préciser _____

7. Pouvez-vous évaluer le pourcentage de vos clients, en 1984, qui étaient:

____ % Homme	____ % moins de 16 ans
____ % Femme	____ % 16 ou 17 ans
1 0 0 % Total	____ % 18 à 64 ans
	____ % 65 ans et plus
	1 0 0 % Total

À NOTER: **Si votre organisme oeuvre dans la communauté sans avoir de lits, dressés en établissement ou en résidence, veuillez répondre aux questions suivantes (8 et 9).**

8. Combien de clients avez-vous eu en 1984? _____

9. Parmi ces clients, combien ont obtenu des services de santé mentale en 1984?

_____

À NOTER: Si votre organisme est une maison de soins prolongés, un foyer de groupe, une maison pour personnes âgées, un hôpital, etc., "avec des lits dressés", veuillez répondre aux questions suivantes (10 à 15).

10. Nombre total de lits dressés? _____

    Quel est le taux moyen d'occupation? _____ %

11. Est-ce que votre organisme a une unité spéciale, des lits ou des services de consultations externes pour les patients/résidents souffrant de troubles mentaux?

    ☐ oui ☐ non

12. Si oui, veuillez préciser: _____

    _____

    _____

    _____

    _____

13. Veuillez évaluer le nombre de patients/résidents au sein de votre organisme dont le problème "principal" est d'ordre mental (incluant les problèmes d'alcool et de drogue).

    ☐ nombre ☐ ne s'applique pas

14. Est-ce que certains de vos patients/résidents participent à des programmes de santé mentale implantés dans le milieu (ateliers, entraide, cliniques)?

    ☐ oui ☐ non ☐ ne s'applique pas

15. Si oui, de quels programmes s'agit-il? Combien de résidents y participent?

Programmes/services	Nombre de résidents faisant usage du service
_____	☐
_____	☐
_____	☐
_____	☐

16. Un organisme peut offrir une variété de services à ses clients ayant des problèmes ou des besoins en santé mentale. Pour chacun des services suivants, indiquer s'il s'agit d'une activité majeure ou mineure ou si elle n'est pas offerte par votre organisme.

	Activité majeure	Activité mineure	Pas offert
* **Enseignement/Promotion de la santé mentale** Fournit de l'information et de l'enseignement à la communauté	☐	☐	☐
* **Prévention de la maladie mentale**			
(a) Visant à réduire l'incidence de la maladie mentale de cause organique (reproduction; soins prénataux ou counselling, soins péri-post-nataux, soins pédiatriques, nutrition et alcool, styles de vie)	☐	☐	☐
(b) Visant à réduire l'incidence de la maladie mentale de cause non organique (par ex.: hébergement des indigents/sans logis, nourriture, vêtements, logement pour individus en besoin immédiat, counselling familial/marital, divorce/sexuel, counselling pour veufs/retraités).	☐	☐	☐
* **Identification précode des cas** Par enseignants, policiers, infirmières en santé publique, services d'urgence, médecins de pratique générale.	☐	☐	☐
* **Évaluation/Diagnostic** Par exemple, évaluation générale, évaluations spécifiques telles que physiologique/médicale, psychologique ou environnementale.	☐	☐	☐
* **Consultation** Conseils d'experts sur le type, la nature et l'étendue d'un problème de santé mentale en contribution au processus global d'évaluation	☐	☐	☐
* **Gestion de cas** Inclut les visites à domicile, l'assistance continue aux clients, et le suivi de l'état de la santé mentale	☐	☐	☐
* **Référence** Par exemple, planification des congés, coordination des placements, dissémination de l'information, collaboration inter-agences	☐	☐	☐

	Activité majeure	Activité mineure	Pas offert
* **Intervention en cas de crise** Incluant services tels que centres de détresse, aide téléphonique, service d'urgence à l'hôpital, situations immédiates/urgentes.	☐	☐	☐
* **Conseil** Tel qu'exécuté par une variété de professionnels et agences au niveau du support et du traitement d'individus/familles ayant des problèmes reliés à la maladie mentale	☐	☐	☐
* **Thérapie** Par exemple, psychothérapie, thérapie comportementale, thérapie psycho-physique.	☐	☐	☐
* **Rééducation/Maintien** Les composantes essentielles du système de support à la collectivité sont: apprentissage à la vie éducationnel/vocationnel/recherche d'emploi social/récréatif support familial entraide gestion financière	☐	☐	☐
* **Logement/Hébergement** Incluant les soins lourds, moyens et légers; hébergement à court et à long terme	☐	☐	☐
* **Recherche** Consacrée aux causes des problèmes de santé mentale. Études consacrées aux programmes de traitement et aux différentes approches.	☐	☐	☐
* **Planification/Coordination** Avec d'autres fournisseurs de services/agences dans le but de développer, extensionner ou réaligner les services de santé mentale dans la communauté	☐	☐	☐
* **Autre** _____ s.v.p. préciser	☐	☐	☐

17. Indiquer le nombre d'employés à temps plein ou à temps partiel qui sont affectés aux services de santé mentale. Pour chacun des postes que vous mentionnerez, fournir le nombre d'employés à plein temps et à temps partiel. En ce qui a trait aux employés à temps partiel, indiquer le nombre de postes à plein temps qu'ils représentent. Exemple:

* 2 psychiatres à demi-temps équivalent à 1 poste à plein temps;
* 5 postes d'infirmières travaillant 1/4 du temps équivalent à 1,25 postes à plein temps.

	Nombre plein temps	Nombre temps partiel	Total des postes	Nombre de ceux qui peuvent travailler en:			
				Français	Anglais	Amér-indien	Autre
Psychiatres							
Autres Médecins							
Psychologues: Doctorat							
Maîtrise							
Psychoéducrices: Maîtrise							
Travailleurs sociaux: Doctorat/Maîtrise							
Baccalauréat							
B.A. Services sociaux							
Collèges communautaires							
Infirmières: Université, B.Sc.N.							
Diplôme							
Graduée/Sans diplôme							
Gardes auxiliaires							
Aides							
Ergothérapeutes: B.Sc.							
Diplôme							
Enseignants							
Soins infantiles: Baccalauréat							
Diplôme Collège communautaire							
Autre							
Travailleur en garderies: Certificat							
Autre							
Autre (préciser)							
Autre (préciser)							
Autre (préciser)							
TOTAL							
Manoeuvres							

18. Est-ce que votre organisme fait appel à des bénévoles pour fournir des services à vos clients souffrant de troubles mentaux?

☐ oui ☐ non

19. Si oui, quels sont les services que les bénévoles offrent?

_____

_____

_____

_____

20. Est-ce que vos bénévoles sont formés pour les soins en santé mentale?

☐ oui ☐ non

21. Si oui, décrivez de quelle formation il s'agit.

_____

_____

_____

_____

22. Acceptez-vous des étudiants des universités ou collèges communautaires?

☐ oui ☐ non

23. Si oui, dans quels programmes/disciplines? (s.v.p. cocher)

Université	Collège communautaire	
☐		Médecine
☐	☐	Soins infirmiers
☐	☐	Travail social
☐	☐	Psychologie
☐	☐	Autre (s.v.p. préciser) _____
☐	☐	Autre (s.v.p. préciser) _____
☐	☐	Autre (s.v.p. préciser) _____

24. Si vous acceptez des étudiants, y a-t-il d'autres programmes que vous aimeriez développer? (s.v.p. préciser)

(a) _____

(b) _____

(c) _____

25. Si non, dans quelles disciplines seriez-vous intéressé à développer de tels programmes et avec la collaboration de quel(s) collège(s) ou quelle(s) université(s)?

(a) _____

(b) _____

(c) _____

26. Est-ce que votre organisme offre des cours de formation ou d'enseignement continu en santé mentale?

☐ oui ☐ non

27. Si oui, énumérez le type de programmes que vous offrez.

(a) _____

(b) _____

(c) _____

(d) _____

28. Est-ce que votre organisme réfère ses clients atteints de maladie mentale à d'autres agences, institutions ou individus?

☐ oui ☐ non

29. Si oui, à quelles agences, institutions ou individus les référez-vous principalement?

(a) _____

(b) _____

(c) _____

(d) _____

(e) _____

30. Pour quelles raisons référez-vous vos clients?

(a) _____

(b) _____

(c) _____

(d) _____

31. Est-ce que votre organisme reçoit des cas qui vous sont référés pour obtenir des services de santé mentale?

☐ oui ☐ non ☐ ne s'applique pas

32. Si oui, décrivez s.v.p. la nature de ces services.

_____

_____

_____

_____

33. Si on vous réfère des cas pour des services de santé mentale, évaluez le pourcentage de ces cas référés par les individus et groupes suivants en 1984:

Donnez les POURCENTAGES, non des nombres.

%	
___	Eux-mêmes, amis, famille
___	Médecins de pratique générale
___	Psychiatres en pratique privée
___	Hôpital psychiatrique de North Bay
___	Autres hôpitaux
___	Infirmières en santé publique
___	Police
___	Tribunaux
___	Libérations conditionnelles
___	Clergé
___	Employeurs
___	Agences de service social
___	Écoles
___	Autre _____ (s.v.p. préciser)
Total 1 0 0%	

34. Si vous opérez un service de santé mentale, est-ce que des clients doivent attendre afin d'obtenir un rendez-vous ou être admis dans votre organisme pour des services de santé mentale?

☐ oui ☐ non ☐ ne s'applique pas

35. Si oui, combien de temps ces clients doivent-ils attendre?

Durée	Type de Service
_____ jours	_____
_____ jours	_____
_____ jours	_____
_____ jours	_____

36. Quelles sont les raisons pour lesquelles les clients doivent attendre?

(a) _____

(b) _____

(c) _____

37. Les catégories utilisées ci-dessous correspondent aux plus récentes catégories de troubles mentaux utilisées par le ministère de la Santé de l'Ontario (ICD9). Pour faciliter la référence nous vous fournissons le code de chacun des diagnostics.

Évaluez les pourcentages de vos clients en santé mentale, en 1984, qui avaient un problème relié principalement à:

Donnez le **POURCENTAGE**, non le nombre:

%		DIAGNOSTIC (ICD9)
___	Démence sénile et pré-sénile	290
___	Psychoses alcooliques	291
___	Psychoses reliées aux drogues	292
___	Autres psychoses organiques (chroniques)	293, 294
___	Schizophrénie	295
___	Psychoses affectives (par ex.: maladies dépressives)	296
___	États paranoïaques	297
___	Autres psychoses non organiques	298, 299
___	Troubles névrotiques (par ex.: dépression et anxiété)	300
___	Troubles de personnalité	301
___	Alcoolisme	303
___	Abus de drogues et dépendance à celles-ci	304, 305
___	Réaction aiguë au stress	308
___	Réaction d'adaptation	309
___	Troubles émotifs de l'enfance et de l'adolescence	313
___	Syndrome d'hyperactivité de l'enfance	314
___	Retards spécifiques du développement	315
___	Autres troubles non psychotiques	302, 306, 307, 310, 311, 312, 316
___	Autre (s.v.p. préciser) _____	
___	Autre (s.v.p. préciser) _____	

38. Au cours des trois à cinq prochaines années, est-ce que votre organisme projette de:

- ☐ Maintenir les services de santé mentale existants
- ☐ Extensionner les services de santé mentale existants
- ☐ Développer de nouveaux services de santé mentale
- ☐ Abolir un service de santé mentale
- ☐ Ne s'applique pas

39. Si des changements sont prévus, veuillez les décrire:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

40. Il y a un nombre d'organismes dans le nord-est de l'Ontario qui ont comme responsabilité de planifier et de coordonner les services de santé mentale. Avec quelle fréquence entretenez-vous des liens avec les organismes ou groupes suivants?

Contacts réguliers	Contacts occasionnels	Aucun contact	
☐	☐	☐	Association pour la santé mentale de l'Ontario (Section)
☐	☐	☐	Conseil de santé du district
☐	☐	☐	Conseil de planification sociale
☐	☐	☐	Comité des services communautaires en santé mentale
☐	☐	☐	Un comité d'un gouvernement municipal
☐	☐	☐	Comité aviseur des services pour enfants
☐	☐	☐	Autre (s.v.p. préciser) _____
☐	☐	☐	Autre (s.v.p. préciser) _____

41. Selon vous, qui ou quel(s) groupe(s) devrait(ent) planifier ou coordonner les services de santé mentale...

a) dans votre localité et les environs?

b) dans le nord-est de l'Ontario?

---

42. Selon vous, quelles sont les forces des services de santé mentale...

a) dans votre localité et les environs?

b) dans le nord-est de l'Ontario?

---

43. Selon vous, quelles sont les faiblesses des services de santé mentale...

a) dans votre localité et les environs?

b) dans le nord-est de l'Ontario?

44. Quels sont les obstacles majeurs inhérents au développement de nouveaux services de santé mentale dans votre localité?

(a) _____

(b) _____

(c) _____

45. Pourriez-vous suggérer d'autres individus ou organismes locaux que l'on pourrait consulter dans le cadre de cette étude?

Nom _____

Adresse _____

_____

Nous vous remercions d'avoir complété ce questionnaire. Veuillez retourner le tout dans l'enveloppe ci-jointe. Veuillez y joindre toutes brochures, rapport annuel ou autre information surceptible de nous aider à mieux comprendre votre organisme.

_____	_____	_____
Votre nom	Votre titre	Date

Votre participation est grandement appréciée.

TAUX DE RÉPONSES GENERAL

Le tableau suivant présente un sommaire des taux de réponses par district ou région par institutions et agences ayant leurs assises dans la communauté.

Région	# Total distribué	# Retourné non-utilisable	# Total de réponses utilisables	% Résponses (moins les non utilisables)*
Algoma	199	7	60	31.3
Cochrane	162	6	69	44.2
Manitoulin/Sudbury	231	12	79	36.1
Nipissing/ Timiskaming	237	18	88	40.2
TOTAL (inclus les églises)	829	43	296	37.7

$$* \text{ Egale } \frac{\text{Total retourné moins les non utilisables}}{\text{Total distribué moins les non-utilisables}} \times 100$$

QUESTION 28: Est-ce que votre organisme réfère ses clients atteints de maladie mentale à d'autres agences, institutions ou individus?

	ALGOMA Total de Rép. 60		COCHRANE Total de Rép. 69		MANITOULIN/ SUDBURY Total de Rép. 79		NIPISSING/ TIMISKAIMING Total de Rép. 88		TOTAL DE RÈPONSES 296	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Cas référés aux autres hôpitaux et agences	56	93.3	62	89.9	63	79.7	75	85.2	256	86.5

QUESTION 29: Si oui, à quelles agences, institutions ou individus les référez vous principalement?

SOMMAIRE

RÉPONSE CLASSIFIÉE PAR RÉGION

	#	% des réponse utilisables (53)
ALGOMA		
Réponse utilisable	**53**	
Plummer Memorial	22	41.5
Children's Aid	9	17.0
Sudbury Algoma Hospital	8	15.1
Hospitals (non-spécifiés)	7	13.2
Alcohol & Drug Treatment Centre	7	13.2
Family Service Agencies	6	11.3
Family Services Centres	6	11.3
Psychiatrists	6	11.3
Alcohol Anonymous & Alanon	6	11.3
Women's Crisis Centre	5	9.4
Docteurs, médecins, omni.	5	9.4
COCHRANE		
Réponse utilisable	**59**	
St. Mary's Hospital	17	28.8
Docteurs, médecins, omni.	15	25.4
North Bay Psych. Hospital	12	20.3
Children & Youth Services	12	20.3
Children's Aid Society	11	18.6
Psychiatrists	7	11.9
Alcohol Anonymous & Alanon	7	11.9
Hospitals (non-spécifiés)	6	10.2
Child & Youth Dev'l Centre	5	8.5
MANITOULIN/SUDBURY		
Réponse utilisable	**62**	
Sudbury Algoma	42	67.7
Sudbury General	19	30.6
Docteurs, médecins, omni.	11	17.7
Children's Aid Society	10	16.1
North Bay Psych. Hospital	8	12.9
Pastoral Institute of N. Ont.	6	9.7
Alcohol Anonymous & Alanon	5	8.1
NIPISSING/TIMISKAMING		
Réponse utilisable	**75**	
North Bay Psych. Hospital	25	33.3
Public Health Depts.	15	20.0
Docteurs. médedins, omni.	14	18.7
Family Life Centre	13	17.3
Concordia Centres	12	16.0
Hospitals (non-spécifiés)	12	16.0
Psychiatrists	10	13.3
Psy. Hospital	9	12.0
Sudbury-Algoma	8	10.7
Child & Youth Services	7	9.3
Alliance	7	9.3

QUESTION 29: Si oui, à quelles agences, institutions ou individus les référez-vous principalement?

Étalement détaillé des réponses

	ALGOMA Rép. Total 53		COCHRANE Rép. Total 59		MANITOULIN/SUDBURY Rép. Total 62		NIPISSING/TIMISKAMING Rép. Total 75		TOTAL Rép. total 249	
	#	% of MH Response	#	% de réponse MH	#	% de réponse MH	#	% de réponse MH	#	% de réponse MH
Total Hôpitaux	50		55		84		63		252	
Non spécifié	7	13.2	6	10.2	4	6.5	12	16.0	29	11.6
North Bay Psychiatric	4	7.5	12	20.3	8	12.9	25	33.3	49	19.7
Sudbury Algoma	8	15.1	2	3.4	42	67.7	8	10.7	60	24.1
St. Marys	1		17	28.8					18	7.2
Plummer Memorial	22	41.5							22	8.8
Sudbury General	2				19	30.6			21	8.4
Homewood	2				1		1		4	1.6
Penetang			2		1		4	5.3	7	2.8
Moose Factory General Hospital			4	6.8					4	1.6
Sensenbrenrer			3	5.1					3	1.2
Notre Dame			3	5.1					3	1.2
St. Joseph's	2				3				5	2.0
Clarke Institute			1		1		1		3	1.2
Hospital for Sick Children (Tor.)	1		1		1		2		5	2.0
Lakehead Hospital	1				2				3	1.2
Donwood					1		1		2	0.8
Psychiatric Out-Patient Clinic			2		1		9	12.0	12	4.8
James Bay General			2						2	0.8
Total unités de santé mentale	13		12		12		26		63	
East Algoma	2								2	0.8
Espanola					2				2	0.8
Public Health/Department	2		1		1		15	20.0	19	7.6
Day Treatment Program	1								1	0.4
Algoma Health Unit	1								1	0.4
Algoma District Ment. Ret. Ser.	3	5.7							3	1.2
N. Algoma Mental Health	3	5.7							3	1.2
Chapleau Mental Health	1				2				3	1.2
North Bay Mental Health Centre			1						1	0.4
Mental Health Team			1						1	0.4
Community Mental Health Ser.			1				3		4	1.6
Mental Health Agency			1						1	0.4
St. Mary's Community Mental Health			2						2	0.8
Mental Health Clinics/Centres			1		2		2		5	2.0
Porcupine Health Clinic			1						1	0.4
Cochrane Mental Health			1						1	0.4
Adult Mental Health			1				2		3	1.2
Wikewemikong Clinic					1				1	0.4
Adult Protective Service			1		3				4	1.6
St. Joseph's Clinic					1				1	0.4
Association Mental Retarded							4	5.3	4	1.6
Total agences	36		36		19		40		130	
Child & Family Services							5	6.7	5	2.0
Children's Mental Health	1								1	0.4
Children's Aid Society	9	17.0	11	18.6	10	16.1	6	8.0	36	14.5
Children & Youth Services			12	20.3			7	9.3	19	7.6
Canadian Mental Health Association			1		1		3		5	2.0
Crisis Centres	1				2		6	8.0	8	3.2
Family Life Centre	3		1				13	17.3	17	6.8
Women's Crisis Centre	5	9.4							5	2.0
Family Ser. Agencies/Prog.	6	11.3			3				9	3.6
Service Familial					2				2	0.8
Family Counselling Centre	3		3	5.1					6	2.4
Child & Youth Development Centre			5	8.5					5	2.0
Life Skills Program	2								2	0.8
Family Services Centre	6	11.3							6	2.4
Home for Battered Women			3	5.1	1				4	2.0

QUESTION 34 & 35: **Si vous opérez un service de santé mentale, est-ce que les clients doivent attendre afin d'obtenir un rendez-vous ou être admis dans votre organisme pour des services de santé mentale?**

			Genre de soins requis		
Région	Organisme	Period D'attente	Pers. agées chronique long terme	Santé mentale enfants	Autre
Algoma	Santé Mentale - Sault Ste. Marie	60 days			PAR
Cochrane	Extendicare - Kapuskasing	1 year	X		
	Extendicare - Cochrane	60 days	X		
	South Cochrane Child & Youth	90 days		X	
	Child & Youth Centre	6 months		X	
Manitoulin/ Sudbury	Extendicare - Sudbury	3-6 months	X		
	Extendicare - Falconbridge	3-6 months	X		
	Sudbury Algoma	4 months		X	
		3 months		X franco-phone	
	Central Team	6 weeks			Commun. visites
	Réadaptation professional	9 months			X
North Bay	NBPH - psychogeriatrics	1-6 months	X		
	St. Joseph's Hospital	2 months			Alcool X
	Concordia Centre	6-8 months		X	X
	District of Parry Sound- Child & Family Centre	2-6 months		X	
	Vitaway Farm	3 months		X	
	Child & Youth Services - Kirkland Lake	3 months		X	
	New Liskeard	1 year		X	
	Tech Pioneer Residence	2 months	X		

COMMENTAIRES:

Des 296 répondants, 61 ou 20.6% ont répondu qu'ils avaient une liste d'attente pour le service en santé mentale offert par leur organisme.

Des 60 répondants avec une liste d'attente:

- **32 ou 52.5% avait une liste d'attente de 14 jours ou moins;**
- **12 ou 19.7% avait une liste d'attente de 15 à 30 jours; et,**
- **17 or 27.9% avait une liste d'attente de 30 jours.**

Les organismes avec liste d'attente de plus d'un mois se retrouvent dans les deux catégories suivantes:

- **soins pour la personnes âgées/à long terme; and**
- **services de santé mentale pour les enfants (avec liste d'attente considérable jusqu'à un an).**

QUESTION 30: Pour quelles raisons référez-vous vos clients?

SOMMAIRE/RÉPONSE COMPOSÉE

Raisons principales pour référer (Tous les districts)	#	% de Réponses utilisables (233)	% Total des raisons citées (288)
Traitment			
Traitment	**28**	**12.0**	
Traitment spécialisé	7	3.0	
Traitment en établissement	4	1.7	
Soin à long terme	9	3.9	
Hospitalisation Requise	4	1.7	
Traitment à la résidence	2	0.9	
Traitment nécessaire de l'organis.	6	2.6	
Surveillance et suivi	10	4.3	
Thérapie	5	2.1	
TOTAL TRAITMENT	75		26.0
Counseling			
Counseling/direction	**31**	**13.3**	
Counseling - marital	12	5.2	
Counseling - familial	8	3.4	
Counseling - spécifique	3	1.3	
Counseling - psychiatrique	3	1.3	
TOTAL COUNSELLING	57		19.8
Evaluation			
Evaluation générale	**34**	**14.6**	
Evaluation psychiatrique	15	6.4	
Autres genres d'évaluation	2	0.9	
TOTAL EVALUATION	51		17.7
Rélié à l'alcool et la drogue			
Problèmes reliés à l'alcool et la drogue	17	7.3	
Désintoxication	3	1.3	
Programme de traitment de l'alcoolisme	6	2.6	
Désintoxication - abus des drogues	5	2.1	
TOTAL ALCOOL & DROGUE	31		10.8
Troubles psychologiques			
Dépression	14	6.0	
Anxiété/stress	3	1.3	
Problèmes de comportements	10	4.3	
Suicidaire	8	3.4	
Troubles physiques	2	0.9	
Problèmes psychiatriques/Illness	14	6.0	
Troubles émotionnels	7	3.0	
Agressif/abusif physiquement	8	3.4	
Deviation sexuelle	1	0.4	
Psychose	2	0.9	
Discipline	3	1.3	
Autre	2	0.9	
TOTAL TROUBLES PSYCHOLOGIQUES	74		25.7
TOTAL DES RAISONS CITEES	288		100.0

QUESTION 40; Il y a un nombre d'organismes dans le Nord-Est de l'Ontario qui ont comme responsabilité de planifier et de coordonner les services de santé mentale. Avec quelle fréquence entretenez-vous des liens avec les organismes ou groupes suivants?

LIENS AVES LES ORGANISMES

	TOTAL DES REPONDANTS	CMHA	DHC	SOCIAL	COMM	MUNIC	CSCAG	% TOTAL
Algoma	60							
Aucun contact		38	24	51	59	51	47	75.0
Contact régulier		2	11	0	0	1	2	
Contact occasionnel		20	25	9	1	8	11	25.0
Cochrane	69							
Aucun contact		40	37	56	53	39	53	72.0
Contact régulier		10	9	5	7	2	5	
Contact occasionnel		19	23	8	9	8	11	28.0
Manitoulin/Sudbury	79							
Aucun contact		53	43	73	74	56	53	75.0
Contact régulier		11	21	1	1	15	13	
Contact occasionnel		15	15	5	2	8	13	25.0
Nipissing/Timiskaming	88							
Aucun contact		65	83	83	68	76	50	80.0
Contact régulier		5	2	1	5	4	14	
Contact occasionnel		18	3	4	15	8	24	20.0
Total	296							
Aucun contact		196	187	263	236	242	203	76.0
Contact régulier		28	13	7	13	22	34	
Contact occasionnel		72	66	26	27	32	59	24.0

CMHA - Canadian Mental Health Association
DHC - District Health Council
SOCIAL - Social Planning Council
COMM - Community Mental Health Services Branch (North Bay)
MUNIC - A Committee of Municipal Government
CSCAG - A Children's Services Advisory Committee

QUESTION 41a: Selon vous, qui ou quel groupe devrait planifier ou coordonner les services de santé mentale dans votre localité et les environs?

	ALGOMA rép. tot.39		COCHRANE rép. tot.60		MANITOULIN/ SUDBURY rép. tot.61		NIPISSING/ TIMISKAMING rép. tot.65		TOTAL DES RÉPONSES 225	
Réponses	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Conseil de la santé du District	10	25.6	14	23.3	21	34.4	11	16.9	56	24.9
Association pour la santé mentale	8	20.5	2	3.3	1	1.6	2	3.1	13	5.8
Social Planning Council	5	12.8	1	1.7	2	3.3			8	3.6
autres dispensateurs*1	4	10.3	11	18.3	12	19.7	9	13.8	36	16.0
COMSOC ACSM	4	10.3	4	6.7	1	1.6	4	6.2	13	5.8
Ministère de la Santé	2	5.1	3	5.0	2	3.3	4	6.2	11	4.9
Ministère de l'Éducation	1	2.6	1	1.7	1	1.6			3	1.3
CMHA	1	2.6	3	5.0	9	14.8			13	5.8
Unité psy. à l'hôpital	6	15.4	18	30.0	5	8.2	5	7.7	34	15.1
Unités/Comités locaux de santé mentale	2	5.1	14	23.3	9	14.8	22	33.8	47	20.9
Toute personne intéressée	2	5.1	9	15.0	6	9.8	5	7.7	22	9.8
Approche d'équipe	3	7.7	2	3.3	4	6.6	4	6.2	13	5.8
Dispensateurs spécifiques Plummer Memorial	4	10.3							4	1.8
North Bay P.H.							6	9.2	6	2.7
Riverview	1	2.6								0.4
Sudbury Algoma	1	2.6			12	19.7			1	5.8
Sudbury General	1	2.6			2	3.3			3	1.3
Incertain/sans commentaires	1	2.6	6	10.0	4	6.6	6	9.2	17	7.6

La plupart des organismes ont indiqué plus d'un groupe/catégorie donc le nombre total de réponses est plus grand que le nombre de répondants utilisables. Le nombre moyen de groupes indiqué par réponses était de 1.4.

*1 Travailleurs sociaux, santé publique, psychologues, psychiatres, infirmières.

QUESTION 41a: Selon vous, qui ou quel groupe devrait planifier ou coordonner les services de santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario?

NEO TOTAL

Réponses principales	#	% de réponses utilisables
Conseil de santé de district	44	28.4
Ministère de la Santé	23	14.8
Tous les groupes comm. intéressés	20	12.9
Comité/association de santé mentale	18	11.6
Incertain	15	9.7
Unité psy. à l'hôpital	11	7.1
HPNB	11	7.1

QUESTION 42a: Selon vous, quelles sont les forces des services de santé mentale ... dans votre localité et les environs?

	ALGOMA rép. tot.35		COCHRANE rép. tot.53		MANITOULIN/ SUDBURY rép. tot.57		NIPISSING/ TIMISKAMING rép. tot.60		TOTAL DES RÉPONSES 205	
Réponses	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Personnel dédié et qualifié	8	22.9			10	17.5	9	15.0	27	13.2
Aucun/inconnu/manque	7	20.0	4	7.5	3	5.3	5	8.3	19	9.3
Aces./facilité de référer	5	14.3	3	5.7	10	17.5			18	8.8
Counseling	4	11.4							4	1.9
Serv. pour la famille centre de vie familiale	3	8.6	3	5.7			3	5.0	9	4.4
Bonne communication Bien articulée	3	8.6	10	18.9	18	31.6	3	5.0	34	16.6
Psychiatres	3	8.6	3	5.7	5	8.8	3	5.0	14	6.8
Riverview	3	8.6							3	1.5
Prog. à l'interne/ext.	3	8.6			4	7.0			7	3.4
Ass. de santé mentale cliniques			6	11.3	9	15.7			15	7.3
Ser. pour enfants et ado.			4	7.5			6	10.0	10	4.9
Plusieurs serv. offerts			4	7.5	8	14.0	5	8.3	17	8.3
Communauté impliquée			4	7.5	8	14.0	4	6.7	16	7.8
Bons propgrammes			3	5.7			4	6.7	7	3.4
Liaison et suivi			3	5.7					3	1.5
Efforts pour attirer le personnel			3	5.7					3	1.5
Hôpitaux de districts et communautaires			3	5.7					3	1.5
Sudbury Algoma (plus programmes associés)					14	24.6			14	6.8
Sudbury Algoma (plus programmes associés)					8	14.0			8	3.9
Éducation professionnelle/public)					8	14.0			8	3.9
Centres d'intervention en situation de crise					3	5.3	4	6.7	7	3.4
Santé publique							7	11.7	7	3.4
Concordia							6	10.0	6	2.9
HPNB (incluant le prog. de services ext.							5	8.3	5	2.4
Centre Alliance							4	6.7	4	1.9
Services bilingues (fran./amérindien)							4	6.7	4	1.9

Le nombre moyen de forces indiquées par réponse est de 1.8 pour tous les districts

QUESTION 42b: Selon vous, quelles sont les forces des services de santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario?

NEO TOTAL

Réponses principales	#	% de réponses utilisables 93
Inconnu	33	35.5
HPNB (plus prog. ass.)	13	13.9
Accessibilité	10	10.8
Sudbury Algoma (plus programmes associés)	9	9.7
Communautés (programmes satellites	7	7.5
Large éventail de service	7	7.5
Coopération/Coordination	5	5.4
Services en expansion	5	5.4

QUESTION 43a: Selon vous, quelles sont les faiblesses des services de santé mentale dans votre localité et les environs?

	ALGOMA rép. tot.38		COCHRANE rép. tot.61		MANITOULIN/ SUDBURY rép. tot.67		NIPISSING/ TIMISKAMING rép. tot.74		TOTAL DES RÉPONSES 240	
Réponses	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Manque de com./coor.	18	47.4	11	18.0	16	23.9	13	17.6	58	24.2
Manque de services pour enf.et adolescents	13	34.2	9	14.8	5	7.5	17	22.9	44	18.3
Manque de personnel prof.	13	34.2	20	32.8	15	22.4	9	12.2	57	23.8
Manque de psychiatres	9	23.7	21	34.4	10	14.9	7	9.5	47	19.6
Distance/isolation	7	18.4	5	8.2	9	13.4			23	9.6
Manque de traitements pour alcooliques/drogues	7	18.4	4	6.6	8	11.9	4	5.4	23	9.6
Manque soins chroniques	5	13.2			5	7.5	4	5.4	16	6.7
Compétition/les agences	5	13.2							5	2.1
Manque d'int. sit. crise	4	10.5					5	6.8	9	3.8
Manque de fonds	4	10.5	6	9.8	10	14.9	8	10.8	28	11.7
Manque plan. long terme	4	10.5							8	3.3
Rôle peu clair des dis.	4	10.5							7	2.9
Manque de services			8	13.1	9	13.4	10	13.5	27	11.3
Manque de services bilingues (fran./amé)			7	11.5	9	13.4	8	10.8	24	10.0
Manque d'Éducation (prof. et publique)			7	11.5	13	19.4	12	16.2	32	13.3
Manque d'installations			6	9.8	6	8.9	8	10.8	20	8.3
Manque de psychologues			6	9.8	4	5.9	5	6.8	15	6.3
Manque d'héb./soins à domicile			6	9.8	8	11.9	8	10.8	22	9.2
Manque d'ateliers protégés/prog. de jour			6	9.8	7	10.4	7	9.5	20	8.3
Manque de suivi/limité			6	9.8	4	5.9	6	8.1	16	6.7
Inconnu/aucun			4	6.6			4	5.4	8	3.3
Manque de ser. de support			4	6.6	12	17.9	4	5.4	20	8.3
Manque d'incitatifs pour les professionnels			4	6.6					4	1.7
Désintérêt/incompréhension					6	8.9			6	2.5
Utilisation inefficace des ressources					8	11.9			8	3.3
Failles dans le service					5	7.5			5	2.1
Longues listes d'attente					5	7.5			5	2.1
Référence/acces. médiocre					5	7.5	6	8.1	11	4.6

Plusieurs établissements/agences ont indiqué plus d'une faiblesse. le nombre moyen de faiblesses indiquées par réponse est de 3 pour toutes les régions
Note: Toutes les réponses avec un chiffre inférieur a 4 ne sont pas incluses

QUESTION 43b: Selon vous, quelles sont les faiblesses des services de santé mentale dans le Nord-Est de l'Ontario?

NEO TOTAL

Réponses principales	#	% de réponses utilisables 125
Distance/isolation	32	25.6
Manque de communication/ coordination	28	22.4
Pénurie de personnel Professionnel	18	14.4
Manque de services bilingues (fran./amé.)	16	12.8
Pénurie de psychiatres	15	12.0
Inconnu/ pas de commentaires	15	12.0
Manque d'éducation (prof./publique)	13	10.4
Manque de services	13	10.4
Manque de fonds	12	9.6
Manque de services enf./ adolescents	11	8.8
Manque d'ateliers protégé de prog. de jour	11	8.8
Accessibilité médiocre	10	8.0
Manque d'installations	9	7.2
Manque d'hébergement/ de soins à domicile	9	7.2
Brèches dans le service	8	6.4
Utilisation inéfficace des ressources	8	6.4
Manque de soins chroniques	7	5.6
Traitement inadéquat pour alcool et drogue	7	5.6

QUESTION 44 : Quels sont les obstacles majeurs inhérents au développement de nouveaux services de santé mentale dans votre localité?

	ALGOMA rép. tot.40		COCHRANE rép. tot.53		MANITOULIN/ SUDBURY rép. tot.57		NIPISSING/ TIMISKAMING rép. tot.57		TOTAL DES RÉPONSES 207	
Réponses	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Manque de fonds	22	55.0	26	49.1	31	54.4	26	45.6	105	50.7
Manque de communication	21	52.5	6	16.9	14	24.6	9	15.8	53	25.6
Manque d'approche planifiée	11	27.5			5	8.8	5	8.8	24	11.6
Distance/isolation	7	17.5	16	30.2	5	8.8	8	14.0	36	17.4
Attitudes du public	6	15.0			7	12.3	7	12.3	23	11.1
Nature/grandeur de la population	4	10.0	5	9.4	5	8.8	6	10.5	20	9.7
Manque de personnel	4	10.0	21	39.6	15	26.3	10	17.5	50	24.2
Rôle peu clairs des dispensateurs	4	10.0					6	10.5	14	6.8
Intervention du gouvernement			4	7.5					13	6.2
Manque de services			9	16.9					12	5.8
Implicatiopn et sensibilisation de la comm.			5	9.4	7	12.3			14	6.8
Manque de personnel et de services bilingues			4	7.5			6	10.5	14	6.8
Compétition/rivalité entre les agences					8	14.0	6	9.2	15	7.2
Manque d'éducation					4	7.0			7	3.4
Carence de service/ pauvreté							7	12.3	10	4.8

Le nombre moyen de réponses par répondant était de 2.5

Note: Les réponses avec un chiffre inférieur a 4 ne sont pas incluses. Le total cependant inclut toutes les réponses.

ANNEXE D PARTIE 2

RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE ET PERCEPTION DU RÔLE EN SANTÉ MENTALE

INTRODUCTION À LA LISTE DE RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE SUR LES SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Cette section donne la liste des répondants au questionnaire sur les services en santé mentale par région de service. Comme Parry Sound était originellement inclus dans l'étude, les répondants de cette région sont inclus dans la région Nipissing/Timiskaming/Parry Sound.

La liste représente 37.7% du nombre total de 829 organismes à qui ont a fait parvenir les questionnaires. Les répondants en retard non inclus dans l'analyse du questionnaire sont aussi mentionnés. Il en résulte un nombre légèrement plus élevé que les 296 que l'on retrouve dans l'annexe - partie 1.

Cette liste a été préparée de telle façon qu'elle peut être utilisé par le comité de mise en place de l'étude et par les conseils de gestion de santé mentale communautaires pour identifier et utiliser les groupes intéressés dans le développement du modèle et pour construire sur les forces présentes dans le système. Par exemple, les groupes pour les enfants, la Police provinciale de l'Ontario, les hôpitaux communautaires. Dans chaque région apparaissent de façon consistante comme des répondants intéressés avec plusieurs rôles rapportés en santé mentale. De tels groupes devraient être considérés pour les représentation sur les C.G.S.M.C. et consultés pour l'établissement de nouveaux programmes.

Pour chacune des région de service, les répondants au questionnaire sont classés par catégories générales de fonction (désintoxication, enfants etc.) et aussi par ordre alphabétique incluant l'adresse, la ville et le numéro de téléphone. De plus, les rôles des organismes, tels qu'ils l'ont rapporté eux-mêmes sont montrés en regard des 14 activités de santé mentale abrégées et définies comme suit:

Abréviations	Fonction	Définition
PROMO	Promotion/Éducation en santé mentale	L'organisme offre l'information et l'éducation communautaire.
PREVENTION M.M. ORG.	Prévention de la maladie mentale organique	L'organisme travaille dans des activités qui ont pour but de réduire l'incidence de la santé mentale organique (reporduction, soins pré-nataux ou counseling, soins péri ou post nataux; soins pédiatriques, nutrition, alcool; les programmes de styles de vie).
PREVENTION M.M. NON-ORG.	Prévention de la maladie mentale non-organique	L'organisme est impliqué dans des activités qui ont pour but de réduire l'incidence de la maladie mentale non-organique (v.g. auberge pour les personnes de passage sans foyer, nourriture, vêtement, refuge pour personnes qui ont des besoins immédiats; counseling de couple/famille, divorce/sexualité, counseling pour le veuvage/la retraite, aide personnelle)

Abréviations	Fonction	Définition
IDENT. RAPIDE CAS	Identification rapide du cas	Une fonction remplie par plusieurs groupes comme les professeurs, police, infirmières de l'unité sanitaire, les départements d'urgence, les omnipraticiens etc.
EVAL./DIAG.	Évaluation/diagnostic	Les exemples sont des évaluations complètes générales ou des évaluations spécifiques comme physiologique/médicale, psychologique, ou de l'environnement
CONSULTAT.	Consultation	Expertise sur le genre, la nature et l'étendue du problème de santé mentale comme élément du processus d'évaluation totale.
GEST. CAS	Gestion de cas	Comprend les visites à domiciles et l'assistance continue au client et la surveillance du statut de santé mentale.
REFE.	Référence	Les exemples sont la planification du congé, la coordination du placement, la dissimination de l'information au client, la coopération entre les agences.
INTER. SIT. CRISE	Intervention en situation de crise	Comprend des services comme les centres de détresse, Tel-Aide, les départements d'urgence de l'hôpital, et les autres habilités aux situations immédiates/urgentes.
COUNSEL.	Counseling	Services rendus par une bonne quantité de professionnels et d'agences dans le soutien/le traitement des individus/ les familles aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Abréviations	Fonction	Définition
THÉRAPIE	Thérapie	L'organisation offre la psychothérapie, la thérapie du comportement, et la thérapie psychophysique
RÉADP.	Réadaptation/maintenance	L'Organisme offre les composantes essentielles du système du soutien communautaire: les programmes d'habilités à la vie, éducationnel/professionnel/ placement au travail social/loisir soutien familial aide personnelle gestion financière
HEBERG./LOG.	Hébergement/logement	Comprend un soutien élevé, un soutien moyen et un soutien bas pour le logement; hébergement à court-terme ou à long temre.
RECHER.	Recherches	Les recherches qui ont trait aux causes des problèmes de santé mentale, les études formelles, les programmes et les autres approches de traitement.
PLAN./COOR.	Planifiacation/coordination	L'organisme travaille avec les autres dispensateurs/agences pour développer, augmenter ou reviser les services de santé mentale dans la communauté.

Comme mentionné dans l'entête un X est employé pour indiquer une fonction majeure de l'organisme et un 0 pour indiquer une activité mineure. Le manque d'activité est indiqué par un carré vide.

rôle dans les services de santé mentale — x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	Inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	héber./ log.	rechr.	plan./ coord.
Services de désintoxication																		
ADDICTION RESEARCH FOUNDATION	464 ALBERT ST. E.	S.S.M.	256-2226	x	x	0	0		x		x	0					x	x
ALGOMA SUBSTANCE ABUSE REHABILITATION CENTRE	P.O. BOX 357	S.S.M.	759-4896	x		0	0	x	x	0	x		x	x	x	x		x
CAMILLUS CENTRE	ST. JOSEPH'S GENERAL HOSPITAL	ELLIOT LAKE	848-7181	0				x	x		0		x	x	0			
KEN BROWN RECOVERY HOME	8 HERRICK ST.	S.S.M.	942-2244					0			0		0		0	x		
PLUMMER MEMORIAL PUBLIC HOSPITAL - DETOX SERVICE	960 QUEEN ST. E.	S.S.M.	759-3434	0	0	x	0	0				x			x			x
Services pour les enfants																		
ALGOMA CHILD AND YOUTH SERVICES	111 ELGIN ST.	S.S.M.	942-4331	0		0		x	x	x	x	0	x	0	0			0
CENTRAL ALGOMA BOARD OF EDUCATION	BOX 10	RICHARDS LANDING	246-2441															
CHILDREN'S AID OF ALGOMA	69 WILLOW AVE.	S.S.M.	949-0162					0		0		0						0
JUVENILE PROBATION SERVICES	9 ONTARIO AVE.	ELLIOT LAKE	848-5259															
MICHIPICOTEN BOARD OF EDUCATION	BOX 540	WAWA	856-2309	0			0		0		0		0		0			0
MICHIPICOTEN DISTRICT R.C.S.S. BOARD	BOX 540	WAWA	856-2309				0	0	0				0					
NORTH SHORE BOARD OF EDUCATION	160 SPRUCE AVE.	ELLIOT LAKE	848-1661					0	0		0		0		0			0
SAULT STE. MARIE BOARD OF EDUCATION	644 ALBERT ST. E.	S.S.M.	949-7690	0	0		x	x	0	0	0		x	0	0			0
SAULT STE. MARIE R.C.S.S. BOARD	169 SPRING ST.	S.S.M.	949-4400															
Programmes subventionnés de santé mentale communautaire																		
ALGOMA HEALTH UNIT - CASE MGMT. PROGRAM	99 FOSTER DR.	S.S.M.			x	0	x					0				x		x
ALGOMA NORTH COUNSELLING SERVICE	96 BROADWAY AVE, BOX 664	WAWA	856-4448	x	0	x	0	0	x	x	x	x	x	x	0		0	0
BEGINNINGS TRANSITION HOUSE	168 CHURCH ST.	S.S.M.	254-4224	0		x		0				0		x	x			0
EAST ALGOMA MENTAL HEALTH CLINIC, ST. JOSEPH'S	SPINE ROAD	ELLIOT LAKE	848-9131	x	0	x		x	x		0	0	x	x	x			0
CHILD AND FAMILY CENTRE - MEDIHELP	1009 QUEEN ST. E.	S.S.M.	759-3444	0	0	x		x				0		x	0			0
MEDIHELP CRISIS CENTRE	960 QUEEN ST. E.	S.S.M.	759-3434			x	x	x				x						
MEDIHELP - DAY TREATMENT PROGRAM	960 QUEEN ST. E.	S.S.M.	254-5161	x	x	x		0				0		0	x			x

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	référer	inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Programmes subventionnés en santé mentale communautaires (suite)																		
MENTAL HEALTH - SAULT STE. MARIE CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION) DROP-IN	788 QUEEN ST. E.	S.S.M.	256-5443		x	x	0				x	0	x		0		x	0
PLUMMER MEMORIAL HOSPITAL - PSYCHOLOGY OUT-PATIENT	960 QUEEN ST. E.	S.S.M.	759-3434	0		x	0	x				0		x				0
Foyers pour personnes âgées/maisons de soins infirmiers																		
ALGOMA DISTRICT HOMES	860 GR. NORTHERN RD.	S.S.M.	942-2264															
TENDERCARE NURSING HOME	770 GR. NORTHERN RD.	S.S.M.	949-3611					0			0					0		
VAN DAELE MANOR	39 VAN DAELE ST.	S.S.M.	949-7934								0		0	0	0	0		0
Hôpitaux																		
LADY DUNN GENERAL HOSPITAL	GOVERNMENT ROAD	WAWA	856-2395					0					0					
MATTHEWS MEMORIAL - DIVISION OF PLUMMER MEMORIAL		RICHARDS LANDING	246-2593	0					0	0	0	0	0	0	0			0
PLUMMER MEMORIAL HOSPITAL (OT/REC)	900 QUEEN ST. E.	S.S.M.	759-3434	x			0	0							x	x		0
PLUMMER MEMORIAL HOSPITAL IN-PATIENT SERVICE	900 QUEEN ST. E.	S.S.M.	759-3434	0	0	0	0	x				0		x	0			
SAULT STE. MARIE GENERAL HOSPITAL	941 QUEEN ST. E.	S.S.M.	254-5101	0	x							0						
ST. JOSEPH'S GENERAL HOSPITAL	70 SPINE RD.	ELLIOT LAKE	848-7181		x		x	x	0		x	0	0	x	x			x
ST. JOSEPH'S GENERAL HOSPITAL	P.O. BOX 970	BLIND RIVER	356-2265	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0			0
THESSALON DIVISION - PLUMMER MEMORIAL HOSPITAL	256 WATER ST.	THESSALON	842-2014						0		0							0
Autres services communautaires																		
BIG SISTERS ASSOCIATION OF SAULT STE. MARIE	676 QUEEN ST. E.	S.S.M.	942-1190	0	x	x	0	0	0	x	0	0	0	0	x			
CANADA EMPLOYMENT CENTRE	390 BAY ST.	S.S.M.	254-5101					0			0				x			0
ELLIOT LAKE POLICE FORCE	47 HILLSIDE DR. N.	ELLIOT LAKE	848-6975				0					0						0

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	Inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	tuteur./ log.	recher.	plan./ coord.
FAMILY SERVICES CENTRE	8 ALBERT ST.	S.S.M.	256-5561	x	0	x	0	x	x	x	0	0	x	x	0		0	0
FIRST BAPTIST CHURCH	465 ALBERT ST. E.	S.S.M.	253-7811	0		0				0			0		0			
JOHN HOWARD SOCIETY	224 QUEEN ST. E.	S.S.M.	256-2808	0	x	x		x	0		x	0	x	0	x	0		0
JOHN WESLEY UNITED CHURCH	546 JOHN ST.	S.S.M.	254-1201									0	0					
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	740 GR. NORTHERN RD.	S.S.M.	759-1100				0				0	0						
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	P.O. BOX 400	BLIND RIVER	356-2244	0		0	0		0		0	x	0					0
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	BOX 160	THESSALON	842-3243				0		0			0						
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	BOX 10	WAWA	856-7121				0				0	0						0
OPP ELLIOT LAKE	186 OAKLAND BLVD.	ELLIOT LAKE	848-2758	0								0						
PARKLAND BAPTIST CHURCH	36 KERR DR.	S.S.M.	759-0011		0					0			0					
SAULT STE. MARIE POLICE FORCE	580 SECOND LINE E.	S.S.M.	949-6300			0	x				x	x				0		
ST. VERONICA'S CHURCH	599 DOUGLAS ST.	S.S.M.	253-9411	0		0	0			0	0	x	0		x	0		0
ST. MATTHEW'S CHURCH	1643 WELLINGTON ST. E.	S.S.M.	254-2952	0	0	x	x			0	x	0	x		0			0
TELECARE SAULT STE. MARIE	BOX 803	S.S.M.	256-7436	0	0	x				0	0	x						
TOWNSHIP OF RICHIPICOTEN POLICE FORCE	40 BROADWAY AVE.	WAWA	856-2344															
WESTMINSTER PRESBYTERIAN CHURCH	134 BROCK ST.	S.S.M.	254-2970		x	0						0			0			
Organismes de planification/associations																		
ALGOMA DISTRICT HEALTH COUNCIL	123 MARCH ST., SUITE 405	S.S.M.	942-0200															
MINISTRY OF COMMUNITY & SOCIAL SERVICES	123 MARCH ST., 2ND FLOOR	S.S.M.	759-8244	0	0	x		x	x	x	x	x	x		x			x
Services pour les femmes/hébergement en cas de crise																		
ALGOMA DISTRICT SEXUAL ASSAULT CENTRE	221 ALBERT ST. E.	S.S.M.	949-5200	x		x	0		0	x	0	x	x		0			0
CHANNICE HOME	23 ALGOMA AVE.	WAWA	856-2848	x		x				0	x	x	x		0	x		
WOMEN IN CRISIS OUTREACH	492 ALBERT ST. E. BUREAUS 1 & 2	S.S.M.	759-3596	x		x	0							x	x		0	

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Services aux retardés mentaux																		
BLIND RIVER ASSOCIATION FOR THE MENTALY RETARDED	P.O. BOX 208	BLIND RIVER	356-2022	x	x	x	x					0			x			x
DEVELOPMENTAL ASSESSMENT SERVICES	C/O GENERAL HOSPITAL 941 QUEEN ST. E.	S.S.M.	254-5717					x		0	0							

COCHRANE

COCHRANE

rôle dans les services de santé mentale — x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./diag.	consult.	gestion cas	refer.	Inter. sit. crise	counsel.	thér.	réadap.	hébr./log.	recher.	plan./coord.
Services de désintoxication																		
ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTION RESEARCH FOUNDATION	119 PINE ST. S. SUITE 324	TIMMINS	267-6410	x			x	0	x		0	0					x	x
MAISON RENAISSANCE	76, 7TH AVE, BOX 280	HEARST	362-4280								0			x	x			
NORTH COCHRANE ADDICTION SERVICES INC.	190 RIVERSIDE DR.	KAPUSKASING	335-6408	0				x	0		x	0	x		x			x
Services pour les enfants																		
CHILD AND YOUTH CENTRE	10 BYNG	KAPUSKASING	335-8958			0		x	x	x		0	x	x				0
COCHRANE AND IROQUOIS FALLS R.C.S.S. BOARD	P.O. BOX 850 STE. HELENE RD.	IROQUOIS FALLS	232-4061	0			0	0							0			0
KAPUSKASING DISTRICT R.C.S.S. BOARD	75 QUEEN ST.	KAPUSKASING	335-2600				0	0										
MOOSONEE R.C.S.S. BOARD	BOX 340	MOOSONEE	336-2610															
PORCUPINE AND DISTRICT CHILDREN'S AID SOCIETY	12 ELM ST. N.	TIMMINS	264-4257				0		0		0	0	0		0			0
SOUTH COCHRANE CHILD AND YOUTH PROGRAM	27 CEDAR ST. N.	TIMMINS	267-7973	0		0	x	x	x			0	x	x	0		0	x
SOUTH COCHRANE CHILD AND YOUTH SERVICES	P.O. BOX 336	MOOSONEE				x	x				0	x	x		0			0
TIMMINS BOARD OF EDUCATION	BOX 1020	TIMMINS	267-1151	0		0	0	0	0	0	0				0			0
Programmes subventionnés en santé mentale																		
CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION - LIFELINE PROGRAM	47 CEDAR ST. S.	TIMMINS	267-7109	0		0				0	0				x			0
MID-STEP PROGRAM - ST. MARY'S HOSPITAL	SUITE 153, 101 MALL	TIMMINS	264-4248	0	0	0		x	x		x	0	x	x	0		0	x
NEMO COUNSELLING CENTRE	BOX 4000	IROQUOIS FALLS & MARBLESUN-COCHRANE	272-4245	0		x		x	0		0	0	x	x	0			0
PSYCHIATRIC COMMUNITY ASSOCIATION OF TIMMINS	BOX 953	SOUTH PORCUPINE	235-5814	0	x	x			x			x	x		x	0		x
SENSENBRENNER HOSPITAL - COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICE	31 MANDY AVENUE	KAPUSKASING	335-6468	0	0	x		x	0	0	0	x	x	x	0		0	0
Foyers pour personnes âgées/maisons de soins infirmiers																		
COCHRANE DISTRICT HOMES FOR THE AGED, CENTENNIAL	P.O. BOX 610	IROQUOIS FALLS	250-3725				0	0			0		0		0	0		

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	Inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Foyers pour personnes âgées/maisons de soins infirmiers suite																		
EXTENDICARE - COCHRANE	411 ELEVENTH AVE.	COCHRANE	272-4144					0										
EXTENDICARE - HEARST	1317 EDWARD ST.	HEARST	362-5839												0			0
EXTENDICARE - HEARST NURSING	1317 EDWARD ST.	HEARST	362-5839	0										0				
EXTENDICARE - KAPUSKASING NURSING HOME	P.O. BOX 460	KAPUSKASING	335-6655	0	0	0		0		X	0		0			X		
EXTENDICARE - TIMMINS	19 HOLLINGER LANE	SHOEMAKER, TIMMINS	264-6911								0					X		
Hôpitaux																		
BINGHAM MEMORIAL HOSPITAL	BOX 70	MATHESON	273-2424									0						
JAMES BAY GENERAL HOSPITAL	BOX 370	MOOSONEE	336-2947	0	0		0		0	0	0	0	0					
LADY MINTO HOSPITAL	P.O. BOX 4000	COCHRANE	272-5361		0	0	0	0	0		0	0	0	X				0
NOTRE DAME HOSPITAL	1405 EDWARD ST., BOX 8000	HEARST	362-4291	0	0		0		0		X	0	0					0
PORCUPINE GENERAL HOSPITAL	BOX 1123	SOUTH PORCUPINE	235-3377		0	0	0	0	0		0	0	0	X				X
TIMMINS DISTRICT HOSPITAL	1 PINE ST. S.	TIMMINS	267-1136															
Services aux autochtones																		
CONSTANCE LAKE BAND #92	CONSTANCE LAKE RESERVE	CALSTOCK	463-4511	0	0	0	0				X							0
MOOSE BAND ADMINISTRATION	P.O. BOX 190	MOOSE FACTORY	658-4619				X	0	0	0	0		0			0		
MOOSE FACTORY BAND	BOX 335	MOOSE FACTORY	658-4619	0	0	0	X	0	0	X	0	0	0	0	X	0	0	0
MUSKEGOG CREE COUNCIL	P.O. BOX 430	MOOSE FACTORY	658-4595															
Autres services communautaires																		
A.C.F.O. DU GRAND NORD	BOX 1748	HEARST	362-7560															
A.C.F.O. COCHRANE/IROQUOIS FALLS	669 STUAGOOSE	IROQUOIS FALLS	232-6405	0	0	0	0											
CENTRE DE CONSEILLING FAMILIAL DE TIMMINS, INC.	69 JUBILEE RD. E.	TIMMINS	267-7333	0		X			X	X	0		0	X	0		0	0
CHURCH OF THE APOSTLES	BOX 371	MOOSONEE	336-2321		0	0	0		0	0		0	0		0			
CORRECTIONAL SERVICE CANADA	134 CEDAR ST. S.	TIMMINS	264-9535			0					0		X		0	0		

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	référ.	Inter. sit. crise	counsel.	thérap.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Autres services communautaires suite																		
JAMES BAY EDUCATION CENTRE, CAMPUS OF NORTHERN COLLEGE	BOX 130	MOOSONEE	336-2913	0											x			0
MATHESON DETACHMENT, OPP	RAILWAY ST.	MATHESON	275-2215	0	0	0	x					x	0					0
ONTARIO MARCH OF DIMES	841 PINE ST. S.	TIMMINS	267-2183					x	0	0	x	0	x	0	x			
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	BOX 278	MOOSONEE	336-2320			0	0			0	0	x						0
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	1019 FRONT ST.	HEARST	362-4245								0							
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	HWY 101, BOX 700	SOUTH PORCUPINE	235-3545				x											
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	64 THIRD AVE.	COCHRANE	272-4301				0											
PORCUPINE HEALTH UNIT	160 PINE ST. S.	TIMMINS	267-1181		x	0	0				0		0					
PORCUPINE HEALTH UNIT	160 PINE ST. S.	TIMMINS	267-1181	x	x	0	0	0	0	0	0	0	0		0			0
PORCUPINE HEALTH UNIT	P.O. BOX 327	IROQUOIS FALLS	232-4064	0	x	0	0		0	0			0		0			
PORCUPINE HEALTH UNIT	BOX 97	MOOSONEE	336-2294	x	x	0	x		0	x	0		0		0			0
PORCUPINE HEALTH UNIT	20 CIRCLE ST.	KAPUSKASING	335-6101	0	x	0	0	0		0	0		0		0			0
PORCUPINE HOME CARE PROGRAM	160 PINE ST. S.	TIMMINS	267-1181	0							x		0		0			
PORCUPINE-SCHUMACHER PASTORAL CHARGE UNITED CHURCH	P.O. BOX 193	SCHUMACHER	264-6603		0	0	0			0	0	0	0		0			
PROBATION AND PAROLE SERVICES	140 - 4TH AVE.	COCHRANE	272-4349			0	0		0	0	x		0		0			0
ST. MARYS CANADIENS PARISH	BOX 607	IROQUOIS FALLS	232-4636	0	0	0	0			0	0	0	0		0		0	0
ST. MATHEW'S CATHEDRAL	65 HEALEY ST.	TIMMINS	264-0919	x	0	x				x	0	x	x		0		0	0
ST. PAUL'S CHURCH SOUTH PORCUPINE	ST. PAULS RECTORY, BOX 909	SOUTH PORCUPINE	235-4440	x	0	x	x	0	x	x	x	x	0	0	x			0
ST. XAVIER PARISH	567 EVE	TIMMINS	264-6164			x												
TELECARE	BOX 823	TIMMINS	267-7975		0	x		0			0	x	x		0		0	
TIMMINS FREE METHODIST CHURCH	371 PINE ST. N.	TIMMINS	264-8975	0	0	0				x		0	0		0			
TIMMINS POLICE FORCE	150 ALGONQUIN BLVD. E.	TIMMINS	264-1201	0			x			0	0	0				0		
VICTORIAN ORDER OF NURSES - PORCUPINE BRANCH	20 BALSAM ST. S.	TIMMINS	267-8444		0	0	0	0		0	0	0	0		0			

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	Inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Organismes de planification/associations																		
COCHRANE DISTRICT HEALTH COUNCIL	110 PINE ST. S., SUITE 310	TIMMINS	264-9930	0													0	x
MINISTRY OF CORRECTIONAL SERVICES	30 PINE ST. S., SUITE 130	TIMMINS	264-9210			0		0	0	0	x		x		0			0
MINISTRY OF CORRECTIONAL SERVICES - PROBATION	TOWN HALL	IROQUOIS FALLS	232-5111			0			0	x	x	0	x		0	0		x
Services pour les femmes/hébergement en cas de crise																		
HABITAT INTERLUDE	3 CAIN	KAPUSKASING	337-1122	x	0	x	0			0	x	x	0	0	x	x		0
Services aux retardés mentaux																		
COCHRANE TEMISKAMING RESOURCE CENTRE	HWY 101 E., BOX 3000	SOUTH PORCUPINE	264-9930	0			0	x	x		x		0	x	x	x		x
HEARST AND DISTRICT ASSOCIATION FOR THE MENTALLY RETARDED	BOX 7000	HEARST	362-5758							0	0		0		x			
KAPUSKASING ASSOCIATION FOR THE MENTALLY RETARDED	100 RIVERSIDE	KAPUSKASING			0							0	0	0	0			
TIMMINS ASSOCIATION FOR THE MENTALLY RETARDED	90 BALSAM ST. S.	TIMMINS	264-7970		0	0				0	0		0		0	0		0

NOT TO BE TAKEN FROM COURT

rôle dans les services de santé mentale — x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./diag.	consult.	gestion cas	référ.	Inter. sit. crise	counsele	théra.	réadap.	héber./log.	recher.	plan./coord.
Services de désintoxication																		
ADDICTION RESEARCH FOUNDATION	144 PINE STREET	SUDBURY	675-1195	x	x	x	x	x	x		x	0	x	x	0		x	x
ALCOHOL AND DRUG CONCERNS INC.	400 ANTWERP STREET	SUDBURY	675-0670	x							x							
N'SWAKAMOK NATIVE FRIENDSHIP CENTRE	66 ELM STREET WEST	SUDBURY	674-2128	0	0	0	x	0	0		x	x	x		x			0
ROCKHAVEN	5 CARELTON STREET	SUDBURY	675-1179		x	0	x	0	0	0	x		x	x	x	x	0	0
SALVATION ARMY ALCOHOL TREATMENT CLINIC	146 LARCH STREET	SUDBURY	673-1179		0			x			x		x	x	0	x		0
SUDBURY ALGOMA HOSPITAL - DETOX CENTRE	680 KIRKWOOD DRIVE	SUDBURY	675-9192		0	x	0		0		x	x	x					0
Services pour les enfants																		
C.A.S. MANITOULIN	[illegible]	LITTLE CURRENT	368-2810															
CENTRE DES JEUNES DE SUDBURY INC.	30 ST. ANN'S ROAD PLACE ST. JOSEPH	SUDBURY	675-6493	0											0			
CHAPLEAU PUBLIC SCHOOL	BOX 700	CHAPLEAU	864-1170	0	0		0	0	0	0								
CHILDREN'S AID SOCIETY	1492 PARIS STREET	SUDBURY	522-8600	x	x	x	x	0	x			x	x		x	x		0
ESPANOLA BOARD OF EDUCATION	BOX 429	ESPANOLA	869-3103				x	0										
SUDBURY DISTRICT R.C.S.S. BOARD	201 JOGUES STREET	SUDBURY	673-5621															
SULTAN R.C.S.S. BOARD	P.O. BOX 30	SULTAN	233-2955															
THE CHILDREN'S SERVICES CO-ORDINATING AND ADVISORY GROUP	P.O BOX 370 STATION B	SUDBURY	674-5505	0							0	0					0	x
THE SUDBURY BOARD OF EDUCATION	200 BRADY STREET CIVIC SQUARE, WEST TOWER	SUDBURY	674-3171	0			0	0		0	0		0	0	0			0
Programmes subventionnés en santé mentale communautaires																		
CENTRAL ALGOMA COMMUNITY CLINICS DEPARTMENT SUDBURY/ALGOMA	680 KIRKWOOD DRIVE	SUDBURY	675-9192	0	x	x	0	x	x		x	x	x	x	x	0	0	x
CRISIS INTERVENTION PROGRAM	760 PARIS STREET	SUDBURY	674-3181	x		x	x	x	x		x	x	x	0	0			0
DEPRESSION MANAGEMENT AND SUICIDE PREVENTION	BOX 100, KING STREET	MINDEMOYA	377-5318	x	x	x	x	x	x		0	x	x	x	0			x
ESPANOLA MENTAL HEALTH CLINIC	BOX 414	ESPANOLA	869-1564	0		x	0	x	x		0	0	x	x	0			

rôle dans les services de santé mentale — x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	ident. rapide cas	éval./diag.	consult.	gestion cas	référer	inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	[illegible]/log.	recher.	plan./coord.
Programmes subventionnés en santé mentale communautaires (suite)																		
EXPANDED PSYCHIATRIC DAY CARE PROGRAMME	700 PARIS STREET	SUDBURY	675-4786	x	0	0		x			0		x	x	x			
MANITOULIN MENTAL HEALTH CLINIC	BOX 100, KING STREET	MINDEMOYA	377-5318	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0			0
SUDBURY ALGOMA HOSPITAL CHAPLEAU CLINIC	8 BIRCH STREET	CHAPLEAU	864-0800	0	0	x		0	x		0	0	x	x	0			x
SUDBURY EAST MENTAL HEALTH CLINIC	3 KING STREET	SUDBURY	867-5233				x	x	0		0	x	x					
Foyers pour personnes âgées/maisons de soins infirmiers																		
EXTENDICARE FALCONBRIDGE	201 FALCONBRIDGE ROAD	SUDBURY	566-7980				0	0			0			0		x		
EXTENDICARE SUDBURY YORK	333 YORK STREET	SUDBURY	674-4221				0	0			0			0	x	x		
MANITOULIN CENTENNIAL MANOR	P.O. BOX 460	LITTLE CURRENT	368-2710															
Hôpitaux																		
CHAPLEAU GENERAL HOSPITAL	P.O. BOX 757	CHAPLEAU	864-1520	0				0	0		x	0						x
ESPANOLA GENERAL HOSPITAL	P.O. BOX 1200	ESPANOLA	869-1420				0			0								0
LAURENTIAN HOSPITAL	41 CHEMIN DU LAC RAMSEY	SUDBURY	522-2200		0										0			0
MANITOULIN HEALTH CENTRE	11 MEREDITH ST., BOX 640	LITTLE CURRENT	368-2300															
SUDBURY ALGOMA HOSPITAL	680 KIRKWOOD DRIVE	SUDBURY	675-9192	x	0	x	0	x	x		x	x	x	x	x		0	x
SUDBURY GENERAL HOSPITAL OF THE IMMACULATE HEART	700 PARIS STREET	SUDBURY	674-3181	x	0	0	0	x	x		x	x	x		0			0
SUDBURY MEMORIAL HOSPITAL	865 REGENT STREET SOUTH	SUDBURY	673-8421	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Services aux autochtones																		
DOKIS HEALTH STATION	DOKIS RESERVE	MONETVILLE	763-2112	x	x	0	x	0		x	x	0			0			0
MEDICAL SERVICES	BOX 727, WATER STREET	LITTLE CURRENT	368-2182	0	x		x			0	0	0	0					0
WAKWOMIN CLINIC	P.O. BOX 101	WIKWEMIKONG	859-3164	0	0	x	x	x	x		x	x	x	x	x	0		0
UNITED CHIEFS AND COUNCIL	WEST BAY	MANITOULIN	377-5307															

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./diag.	consult.	gestion cas	retur.	Inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	héber./loj.	recher.	plan./coord.
Autres services communautaires																		
CANADA EMPLOYMENT/IMMIGRATION EMPLOYMENT CENTRE	140 PINE STREET	SUDBURY	675-2211					0					0		0			
CHURCH OF ST. JOHN THE DIVINE	54 GODFREY DRIVE	COPPER CLIFF	682-2625	0	x	x	0	0	x	x	0	x	x		x			0
COPPER CLIFF UNITED CHURCH	26 TARR STREET	COPPER CLIFF	682-1127	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0			0
CORRECTIONAL SERVICES	199 LARCH STREET	SUDBURY	675-4514			0	0			x	x	0	x					0
JOHN HOWARD SOCIETY	200 PINE STREET	SUDBURY	675-9570															
LAURENTIAN UNIVERSITY	RAMSEY LAKE ROAD	SUDBURY	675-1151	0		0		0			0	0	0	0			0	0
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	P.O. BOX 40	ESPANOLA	894-2345				0				0	0						
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	BOX 220, HWY. 17	SPANISH RIVER	844-2424															
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	BOX 250, MILL ROAD	CHAPLEAU	864-1715															
PROBATION SERVICES	1ST FLOOR, 199 LARCH ST.	SUDBURY	675-4519									0						
PROBATION/PAROLE	71 CENTRE STREET	ESPANOLA	869-2682				0				0	0			0			0
SERVICE FAMILIAL DE LA REGION DE SUDBURY	435 NOTRE DAME AVENUE	SUDBURY	674-5456	0			x	x	x	x			0	0	x	0		x
ST. ANTHONY'S CHURCH	19 MARY STREET	SUDBURY	674-2167				0	x	0		0	0	x	x	x			0
ST. EUGENE PARISH	40 EYRE STREET	SUDBURY	675-5961				0											
ST. JOHN'S ANGLICAN CHURCH	BOX 756	CHAPLEAU	864-1184	x	0	x				0		x	0					
ST. JOSEPH'S PARISH	5 ERRINGTON	CHELMSFORD	855-4579				0	0	x	x	0	x	x	0	0	0		0
ST. LEONARD'S SUDBURY HOUSE	298 LARCH STREET	SUDBURY	674-2667															
ST. PAUL'S UNITED CHURCH	130 REGENT STREET SOUTH	SUDBURY	675-6180	0		0		0	0				0		0			
ST. PETER'S UNITED CHURCH	203 YORK STREET	SUDBURY	675-2171								0	0	0		0			
ST. STEPHEN'S ON THE HILL	1240 LAURIN STREET	SUDBURY	566-2915	0	0	0	0	0			0	0	0		0			
ST. TIMOTHY'S LUTHERN CHURCH	59 FINLAND STREET BOX 637	COPPER CLIFF	682-0259		0	0	0		0	0	0	x	x					

rôle dans les services de santé mentale — x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	Inter. sit. crise	counsel.	thér.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Autres services communautaires suite																		
SUDBURY HEALTH UNIT	1300 PARIS CRESCENT	SUDBURY	522-9200	x	x	x	x	x	x		x	0	x					x
TELECARE SUDBURY	CONFIDENTIAL	SUDBURY	675-1121									x	x					
THE ONTARIO FRIENDS OF SCHIZOPHRENICS	BOX 950	LIVELY	692-5440	x		x			0		0	x	x				0	0
THE SALVATION ARMY H.S.S.C.	146 LARCH STREET	SUDBURY	675-1175	0		x			0		x		x	0	0	x		0
TRINITY UNITED CHURCH	BOX 248, 6TH AVENUE	LIVELY	692-4683	0		0	0					0	0				0	0
VALLEYVIEW FREE METHODIST CHURCH	BOX 51, SITE 7, RR#2	VAL CARON	897-6200		0	0				x	0	0	0		0			
VICTORIAN ORDER OF NURSES	1543 PARRY SOUND	SUDBURY	522-5531	0	0	0	0	0			x		0		0			0
VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES	5TH FLOOR, 199 LARCH STREET	SUDBURY	675-4515				0	x				0	x		x			
Organismes de planification/associations																		
ACFO/SUDBURY	20 CHEMIN STE-ANNE, PIECE 209	SUDBURY	673-8535															
CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION, SUDBURY BRANCH	105 DURHAM STREET SOUTH	SUDBURY	675-7252	x		x	0				x	0			x	0		0
HEALTH AND SOCIAL SERVICES ADVISORY COMMITTEE		MANITOULIN	368-3441															
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMITTEE	200 BRADY STREET	SUDBURY	675-4515			0			0		0	0			x	0		
MANITOULIN SUDBURY DISTRICT HEALTH COUNCIL	142 DURHAM STREET SOUTH	SUDBURY	675-5654	0														x
MINISTRY OF COMMUNITY AND SOCIAL SERVICES	6TH FLOOR, 111 LARCH STREET	SUDBURY	675-4515															x
MINISTRY OF EDUCATION	199 LARCH STREET	SUDBURY	674-3171															
MINISTRY OF NORTHERN AFFAIRS	199 LARCH STREET, CIVIC SQUARE	SUDBURY	675-4441															0
SUDBURY EAST HEALTH AND SOCIAL SERVICES ADVISORY COMMITTEE	142 DURHAM STREET SOUTH	SUDBURY	675-5654															
SUDBURY DISTRICT NORTH HEALTH AND SOCIAL SERVICES ADVISORY COMMITTEE	P.O. BOX 129	CHAPLEAU	864-1350															

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	Inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
a Maisons pour soins spéciaux																		
LECOUR'S HOME FOR SPECIAL CARE	660 GALT STREET	SUDBURY	674-2041												x			
RIDER RESIDENTIAL HOME	4616 FERDIA AVENUE	VAL THERESE	969-5364							x	0	0	0	0	0	x		0
Services pour les femmes/hébergement en cas de crise																		
HAVEN HOUSE	BOX 161	ESPANOLA	577-5160	x		x	0		0	0	x	x	x		0	x		0
Services aux retardés mentaux																		
SUDBURY AND DISTRICT ASSOCIATION FOR THE MENTALLY RETARDED	245 MOUNTAIN STREET	SUDBURY	674-1451	0			0				0	0	0	0		0		
VALLEY ASSOCIATION FOR THE MENTALLY RETARDED	BOX 2200	CHELMSFORD	897-6752															

NIPISSING/TIMISKAMING/PARRY SOUND

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organisme	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	Inter. sit. crise	counsel.	thér.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Services de désintoxication																		
ADDICTION RESEARCH FOUNDATION	268 NORTHUMBERLAND ST. W.	NORTH BAY	472-1890	x	x		0	0	0		0							
ST. JOSEPH'S HOSPITAL - ADDICTION SERVICES	720 MCLAREN ST.	NORTH BAY	472-6180	x	x			x			x	0	x		x	x	x	x
VISTA BAY FARM INC.	R.R. #1	POMASSAN	752-2180	0	x	0					0	0	x	x	x		0	0
Services pour les enfants																		
CHILD AND YOUTH SERVICES OF TIMISKAMING	BOX 126	KIRKLAND LAKE	567-5281			x		x	0		0	0	x	x				0
CHILDREN'S AID SOCIETY, DISTRICT OF PARRY SOUND	76 CHURCH ST.	PARRY SOUND	746-9354	0	0	x	x	x	0	x	x	x	x	0	x			0
CHILDREN'S SERVICES CO-ORDINATING & ADVISORY GROUP	269 MAIN ST. W.	NORTH BAY	476-4430	x							x							x
COBALT GIRLS GROUP HOME	R.R. #1	COBALT	679-5509	0						0					x	x		
COLUMBIA CENTRE	269 MAIN ST. W. SUITE 204	NORTH BAY	476-2295	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	0		0	x
DISTRICT OF PARRY SOUND CHILD AND FAMILY CENTRE	34 CHURCH ST.	PARRY SOUND	746-4295	0		0		x	x	x	x	0	x	x			0	x
EAST PARRY SOUND BOARD OF EDUCATION	P.O. BOX 40	SOUTH RIVER	386-2387		0	0	x	0	0	0	0		x	0	0			0
FAMILY AND CHILDREN'S SERVICES	P.O. BOX 1035	NORTH BAY	472-0910	0		x	x				x	x	x	0		x		0
KIRKLAND LAKE BOARD OF EDUCATION	BOX 610	KIRKLAND LAKE	567-5231	0	0		0	0	0				0		0			0
NIPISSING BOARD OF EDUCATION	BOX 3110	NORTH BAY	472-8170															
R.C.S.S. BOARD, NIPISSING DISTRICT	1140 FRONT ST.	NORTH BAY	472-1520															
TIMISKAMING BOARD OF EDUCATION	WHITEWOOD AVE.	NEW LISKEARD	642-7304					0										
TIMISKAMING R.C.S.S. BOARD	BOX 309	NEW LISKEARD	647-7304				x	x	x		0							
Programmes subventionnés en santé mentale communautaires																		
CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION (NDCP-18)	129 MAIN ST. W.	NORTH BAY	474-0518	0			0				x	0			x		0	
COMMUNITY CONTACT	30 SECOND ST. BOX 481	KIRKLAND LAKE	567-4242	0	0	x		0	0	0	0		0		x			0
COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICE	7 JAMES ST.	PARRY SOUND	746-4264	0	0	x		x	x	x	0	x	x	x	0			0
NORTH BAY AND DISTRICT HEALTH UNIT CASE MGMT. PROGRAM	P.O. BOX 450	NORTH BAY	474-1400	x	x	0	x	x	x	x	x	0	x		x			x

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	prarc	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	référ.	inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Programmes subventionnés en santé mentale communautaires (suite)																		
TIMISKAMING HEALTH UNIT - MENTAL HEALTH PROGRAM	221 WHITEWOOD AVE.	NEW LISKEARD	647-4505	x	x	0	x	x	0	0	x		0		0	0		x
WEST NIPISSING ALLIANCE CENTRE	111 SPRINGER ROAD	STURGEON FALLS	753-2271			0		x	0		0	0	x	x	0			
Foyers pour personnes âgées/maisons de soins infirmiers																		
ALGONQUIN NURSING HOME	9TH STREET	MATTAWA	744-2202						0	0				0	x	x		
CASSELLHOLME	400 OLIVE ST.	NORTH BAY	474-4250		0			x	x	0	x	x	0	0	x	x		0
EASTHOLME	200 BIG BEAR AVE.	POMASSAN	724-2005		0		0	x	0	x	0		x	x	x	x		0
EXTENDICARE	195 GOUT RD. E.	KIRKLAND LAKE	567-3268	0			0	x	0	0	0		0	0	0	0		0
TEDI PIONEER RESIDENCE HOME FOR THE AGED	38 CHURCHILL DR.	KIRKLAND LAKE	567-3257					x	x	x	x	0		x	x	x		
TIMISKAMING LODGE	100 BRUCE ST., BOX 1180	HAILEYBURY	672-2123															
Hôpitaux																		
BURK'S FALLS HOSPITAL	HUSTON ST.	BURK'S FALLS	382-2905		0							0						
KIRKLAND AND DISTRICT HOSPITAL	145 GOVERNMENT RD. E.	KIRKLAND LAKE	567-5251		0		0	0	0		x	x	0	0				0
MATTAWA GENERAL HOSPITAL	P.O. BOX 70	MATTAWA	744-5511				0	0			0	0	0			0		
NORTH BAY PSYCHIATRIC HOSPITAL	BOX 3010	NORTH BAY	474-1200	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0	0
TIMISKAMING HOSPITAL	BOX 1	NEW LISKEARD	647-8121								0		0					0
WEST NIPISSING GENERAL HOSPITAL	111 SPRINGER RD.	STURGEON FALLS	753-3110	0	0		0	0	x			x	0	0	0			x
Services aux autochtones																		
INDIAN FRIENDSHIP CENTRE	900 CASSELLS AVE.	NORTH BAY	472-2811	0		x	0				x	x	x		x	0		0
Autres services communautaires																		
ACFO/NIPISSING	BOX 1033	NORTH BAY	474-2514															0
ALLAN HIRSH, M.A., COUNSELLING & CONSULTING SERVICES	340 FRASER, #203	NORTH BAY	476-2210	0		0			0		0	0	x	x				

rôle dans les services de santé mentale — x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	inter. sit. crise	counsel.	thérа.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Autres services communautaires suite																		
ASSOCIATION CANADIENNE FRANCAISE DE L'ONTARIO	22 DUNCAN RD.	KIRKLAND LAKE	567-5650	0					0						0			0
CALVIN PRESBYTERIAN CHURCH	FIRST AVE. AND COMMERCIAL ST.	NORTH BAY	474-4750	0		0	0				0	0	0		0			
CANADA EMPLOYMENT CENTRE	48 WILLIAM	STURGEON FALLS	753-0800								0		0		x			0
CANADORE COLLEGE	94 KING ST.	STURGEON FALLS	753-4400	0			0						0		x			
CHURCH OF ST. VINCENT DE PAUL	1265 WYLD RD.	NORTH BAY	472-2850	0	0	0			0			0	0		0			
EAU CLAIRE MISSIONARY CHURCH	R.R. #2	MATTAWA	744-2443		0	0					0	0	0					
FAMILY LIFE CENTRE	269 MAIN ST. W.	NORTH BAY	472-6515	x		x	x	x	x		x	x	x		x			0
HAILEYBURY JAIL	BOX 570	HAILEYBURY	672-3701	0			0				0				0			
HOLY FAMILY CHURCH		BRITT	383-2208															
MUSKOKA PARRY SOUND HEALTH UNIT	P.O. BOX 1019	BRACEBRIDGE	645-4471	x	x	0	x	0		x	x	0	x	0	x	x	0	x
NIPISSING AND PARRY SOUND DISTRICT HOUSING AUTHORITY	1275 MAIN ST. W.	NORTH BAY	472-2441				0			0	0	0				0		
NIPISSING DISTRICT SOCIAL SERVICES BOARD	347 SHERBROOKE DR., BOX 204	NORTH BAY	474-6701				x		0		x							
NORTH BAY CRISIS CENTRE	1150 FERGUSON	NORTH BAY	474-1031	0			x			0	x	x	0		x	x		0
NORTH BAY HALF-WAY HOUSE	489 MCINTYRE ST. W.	NORTH BAY	472-2873	0		0			0	0	x	0	x	0	x	x		0
NORTH BAY JAIL	2550 TRAUT LAKE RD.	NORTH BAY	472-8115	0	0		0	0	0	0	0		0					0
NORTH BAY MEALS ON WHEELS	443 KING ST. W.	NORTH BAY	472-2855															
NORTH BAY PROBATION SERVICES	222 MCINTYRE ST. W.	NORTH BAY	474-4616	0				x	0	0	0		x		x	0		x
NORTH BAY RELATIONSHIP CONSULTANTS	124 MAIN ST. E., #3	NORTH BAY	476-0512			x	0	x	0		0	0	x	0	0			
NORTH BAY SOCIAL SERVICES DEPARTMENT	BOX 360, 200 MCINTYRE ST. E.	NORTH BAY	474-0400									0	0		x	0		
NORTH BAY Y.M.C.A.	186 CHIPPAWA ST. W.	NORTH BAY	474-5120															
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	P.O. BOX 130	STILL RIVER, BRITT	383-2231	0			0		0									
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	BOX 458	PARRY SOUND	746-4225				0				0	0						
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	BOX 40	ELK LAKE	678-2226				0					0						0

rôle dans les services de santé mentale x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Autres services communautaires suite																		
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	P.O. BOX 246	KIRKLAND LAKE	567-5355															
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	570 JOHN ST., BOX 280	HAILEYBURY	744-2770															
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	BOX 686	NORTH BAY				0	0					0			0			0
ONTARIO PROVINCIAL POLICE	95 FRONT ST.	STURGEON FALLS	753-2990			0	0					X						
PARRY SOUND JAIL	91 JAMES ST.	PARRY SOUND	746-5631				0						0	0				
PROBATION AND PAROLE SERVICES	P.O. BOX 624	HAILEYBURY	672-3307	0	0	0	0			0	0	0	0		0			
PROBATION AND PAROLE SERVICES	BOX 338	STURGEON FALLS	753-1282	0			0	0		0	0	0						0
PUBLIC SERVICE ASSOCIATION - WEST NIPISSING	BOX 1787	STURGEON FALLS	753-1224	X							X						X	X
SEVEN ARROWS LEARNING CENTRE	664 FRONT ST.	NORTH BAY	472-5135												X			
ST. ANDREW'S PRESBYTERIAN CHURCH	50 SEQUIN ST.	PARRY SOUND	746-9612	0	X	X	0			0	0	X	0		X			
ST. ANDREW'S UNITED CHURCH - BEREAVED PARENTS	300 CASSELLS ST.	NORTH BAY	472-7680	X		X			0		0	0	0	0	X			
ST. PETER'S CHURCH	54 CHURCH ST.	PARRY SOUND	746-5181			0						0	0		0			
STURGEON FALLS POLICE FORCE	225 HOLDITCH ST.	STURGEON FALLS	753-1234				0	0			0	X						0
THE LAURENTIAN COMMUNITY HEALTH CENTRE	R.R. #1	STURGEON FALLS	753-5512	0	X	X	0		0		X	0	0		0	X		0
VICTORIAN ORDER OF NURSES	471 MAIN ST. W.	NORTH BAY	472-8050	X	0	0	0	X			0	0	0		0			
YOUTH START	575 FRAZER ST.	NORTH BAY	474-9180	0	0	0	0	0	0		0	0	X	0	X			0
Maisons pour soins spéciaux																		
ABBOTT'S RESIDENTIAL HOME	660 MONTROSE AVE.	NORTH BAY	474-7518	X	X	X	X	0	X	X	X	X	X			X		0
ALLEN'S RESIDENTIAL HOME	907 EVA ST.	NORTH BAY	474-9562		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	0	X	X	0
BELANGER RESIDENTIAL HOME	970 STOCKDALE RD.	NORTH BAY	474-2911					X	X	X			0	X	X	0		
EIGE'S RESIDENTIAL HOME	162 KING ST. S.	POWASSAN	724-2748	0		X	X	X	X	X	X	X	X		0	X		
HOULE'S RESIDENTIAL HOME	306 ELLIOT, BOX 255	HAILEYBURY	672-3669															
MRS. ELIZABETH MARTHA	225 LEE AVENUE	NORTH BAY	472-6925							0								

rôle dans les services de santé mentale — x= rôle majeur 0= rôle mineur

organismes	adresse	ville/cité	téléphone	promo	Prévention M.M. org.	Prévention M.M. non org.	Ident. rapide cas	éval./ diag.	consult.	gestion cas	refer.	Inter. sit. crise	counsel.	théra.	réadap.	héber./ log.	recher.	plan./ coord.
Organismes de planification/associations																		
MINISTRY OF COMMUNITY AND SOCIAL SERVICES	3 BEACHWOOD DR.	PARRY SOUND	746-5809	0			0	0	0	0	0	0	0	0		x		
MINISTRY OF COMMUNITY AND SOCIAL SERVICES	222 MCINTYRE ST. W.	NORTH BAY	474-3540	0		x	0	0		0	0	0	0		x	0		0
MINISTRY OF CORRECTIONAL SERVICES, PROBATION/PAROLE	561 FRASER	NORTH BAY	474-4130						0	0	0	0			0	0		0
MINISTRY OF CORRECTIONAL SERVICES, PROBATION/PAROLE	3 BEACHWOOD DR.	PARRY SOUND	746-5809	0	0					0	x	0	0		0			0
NORTH BAY MENTAL HEALTH SERVICES	C/O MR. BROOK, CHAIRMAN	NORTH BAY														x		x
Services pour les femmes/hébergement en cas de crise																		
MATTAWA FAMILY RESOURCE CENTRE	303 PERIE ST.	MATTAWA	744-5567	0	0	x	0	0	0	0	0	x	x	x	0	0		
PAVILLION FAMILY RESOURCE CENTRE	P.O. BOX 33, 345 CECIL	HAILEYBURY	672-2128	x	0	x	0		x	0	x	x	x	x	x	x	0	x
Services aux retardés mentaux																		
ASSOCIATION FOR THE MENTALLY RETARDED - WEST NIPISSING	BOX 1238	STURGEON FALLS	753-1669	0	0	0	x				0	0			x	x	0	0
ONTARIO ASSOCIATION FOR THE MENTALLY RETARDED	161 MAIN ST. E.	NORTH BAY	416-3288			0					x	0	x		x	x		0

ANNEXE E

PROJECTIONS DE POPULATION

JUSQU'EN L'AN 2001

ET DONNEES DEMOGRAPHIQUES

POUR

LE NORD-EST DE L'ONTARIO ET LES

REGIONS DE SERVICE

ACTUAL AND PROJECTED ONTARIO POPULATION BY AGE GROUPS AND SEX, SELECTED YEARS, 1981-2001

	ACTUAL			PROJECTED POPULATION											
	1981[1]			1986[2]			1991[2]			1996[2]			2001[2]		
AGE GROUP	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL	MALE	FEMALE	TOTAL
ONTARIO	4,246,785	4,378,320	8,625,105	4,501,700	4,660,800	9,162,500	4,715,600	4,898,700	9,614,200	4,879,600	5,081,600	9,961,200	5,006,100	5,210,000	10,216,200
0-14	967,715	918,950	1,886,665	963,600	917,000	1,880,600	982,000	937,800	1,919,800	989,800	946,400	1,936,100	962,500	920,200	1,882,700
15-19	413,355	395,510	808,865	355,700	339,600	695,300	332,800	316,000	648,800	321,700	309,400	631,000	339,400	325,900	665,000
20-24	392,665	397,030	789,695	424,500	412,200	836,700	363,000	351,000	713,900	338,200	329,000	667,200	329,100	318,400	647,500
25-34	715,890	740,380	1,456,270	777,300	803,000	1,580,300	848,400	848,600	1,697,100	809,200	792,300	1,601,400	721,300	702,400	1,423,700
35-44	538,700	534,460	1,073,160	656,400	662,500	1,318,900	737,100	762,300	1,499,400	789,900	817,200	1,607,100	856,700	859,100	1,715,800
45-64	856,570	885,685	1,742,255	905,800	939,200	1,844,900	964,200	993,800	1,957,700	1,080,000	1,124,500	2,204,600	1,206,400	1,276,600	2,483,000
65+	361,890	506,305	868,195	418,300	587,200	1,005,600	488,200	689,100	1,177,400	548,900	768,900	1,317,800	590,700	827,700	1,418,500
NORTHEAST ONTARIO	276,175	273,435	549,610	282,347	282,089	564,436	286,403	288,339	574,742	288,959	292,845	581,804	289,022	294,594	583,616
0-14	70,140	66,780	136,920	65,743	62,666	128,409	64,097	61,282	125,379	63,544	60,787	124,331	61,470	58,811	120,281
15-19	30,735	29,625	60,360	24,635	23,561	48,196	22,415	21,315	43,730	20,295	19,437	39,732	19,935	19,117	39,052
20-24	25,560	25,575	51,135	30,120	29,250	59,370	23,960	23,073	47,033	21,840	20,906	42,746	19,787	19,085	38,872
25-34	43,110	42,780	85,890	46,391	46,942	93,333	53,737	53,243	106,980	51,942	50,598	102,540	44,109	42,659	86,768
35-44	32,800	32,180	64,980	37,584	36,649	74,233	40,571	40,335	80,906	43,457	44,100	87,557	50,649	50,355	101,004
45-64	53,410	52,155	105,565	54,931	54,170	109,101	55,630	55,408	111,038	59,036	59,612	118,648	62,590	64,224	126,814
65+	20,420	24,340	44,760	22,943	28,851	51,794	25,993	33,683	59,676	28,845	37,405	66,250	30,482	40,343	70,825
ALGOMA	67,180	66,175	133,355	71,819	71,026	142,845	74,376	74,029	148,405	76,313	76,431	152,744	77,583	78,176	155,759
0-14	17,025	16,345	33,370	16,734	16,267	33,001	16,833	16,167	33,000	16,726	15,991	32,717	16,187	15,478	31,665
15-19	7,280	6,970	14,250	6,176	5,724	11,900	5,512	5,498	11,010	5,413	5,263	10,676	5,466	5,237	10,703
20-24	6,850	6,800	13,650	7,373	7,121	14,494	6,099	5,690	11,789	5,465	5,466	10,931	5,352	5,240	10,592
25-34	11,085	10,615	21,700	12,925	12,730	25,655	14,175	13,971	28,144	13,227	12,661	25,888	11,376	11,054	22,430
35-44	8,060	7,755	15,815	9,474	9,159	18,633	11,010	10,566	21,576	12,527	12,377	24,904	13,745	13,597	27,342
45-64	12,765	12,235	25,000	13,845	13,362	27,207	14,393	14,145	28,538	15,520	15,365	30,885	17,255	17,160	34,415
65+	4,315	5,455	9,770	5,292	6,663	11,955	6,356	7,992	14,328	7,415	9,308	16,743	8,202	10,410	18,612
COCHRANE	49,580	47,310	96,890	51,054	49,121	100,175	52,215	50,953	103,168	53,118	52,250	105,368	53,597	53,072	106,669
0-14	12,825	12,125	24,950	12,761	12,048	24,809	13,130	12,478	25,608	13,422	12,847	26,269	12,910	12,357	25,267
15-19	5,400	5,140	10,540	4,351	4,195	8,546	3,997	3,759	7,756	3,815	3,574	7,389	4,254	4,082	8,336
20-24	5,025	4,690	9,715	5,252	5,032	10,284	4,203	4,081	8,284	3,872	3,664	7,536	3,704	3,490	7,194
25-34	8,120	7,645	15,765	9,071	8,521	17,592	9,822	9,333	19,155	8,989	8,722	17,711	7,704	7,439	15,143
35-44	5,555	5,340	10,895	6,602	6,199	12,801	7,545	7,096	14,641	8,436	7,909	16,345	9,167	8,719	17,886
45-64	8,985	8,395	17,380	9,090	8,724	17,814	9,186	8,917	18,103	9,894	9,675	19,569	11,019	10,771	21,792
65+	3,670	3,975	7,645	3,927	4,602	8,529	4,332	5,289	9,621	4,690	5,859	10,549	4,839	6,212	11,051
NIPISSING/TIMISKAMING	60,145	61,290	121,435	60,347	62,149	122,496	60,255	62,499	122,754	59,990	62,534	122,524	59,243	61,935	121,178
0-14	14,780	13,915	28,695	13,620	12,909	26,529	13,346	12,745	26,091	13,403	12,826	26,229	12,920	12,364	25,284
15-19	6,855	6,720	13,575	5,319	5,004	10,323	4,629	4,342	8,967	4,057	3,870	7,927	4,093	3,929	8,022
20-24	9,280	9,155	18,435	6,682	6,602	13,284	5,136	4,864	10,000	4,470	4,224	8,694	3,921	3,768	7,689
25-34	8,650	8,855	17,505	9,239	9,301	18,540	11,411	11,289	22,700	11,232	10,981	22,213	9,143	8,714	17,857
35-44	7,060	7,210	14,270	7,782	7,907	15,689	7,965	8,193	16,158	8,474	8,549	17,023	10,602	10,530	21,132
45-64	11,900	12,390	24,290	11,954	12,422	24,376	11,870	12,280	24,150	12,527	13,000	25,527	12,958	13,289	25,647
65+	5,620	7,045	12,665	5,751	8,004	13,755	5,902	8,786	14,688	5,977	9,084	15,061	6,206	9,341	15,547
MANITOULIN/SUDBURY	98,070	98,660	197,730	99,127	99,593	198,720	99,557	100,858	200,415	99,538	101,630	201,168	98,599	101,411	200,010
0-14	25,510	24,395	49,905	22,628	21,442	44,070	20,788	19,892	40,680	19,993	19,123	39,116	19,455	18,612	38,065
15-19	11,200	10,795	21,995	8,789	8,638	17,427	8,261	7,716	15,977	7,010	6,730	13,740	6,122	5,869	11,991
20-24	8,405	8,930	17,335	10,813	10,495	21,308	8,522	8,438	16,960	8,033	7,552	15,585	6,810	6,587	13,397
25-34	15,255	15,665	30,920	15,156	16,390	31,546	18,331	18,650	36,981	18,494	18,234	36,728	15,886	15,452	31,338
35-44	12,125	11,875	24,000	13,726	13,384	27,110	14,051	14,480	28,531	14,020	15,265	29,285	17,135	17,509	34,644
45-64	19,760	19,135	38,895	20,042	19,662	39,704	20,181	20,066	40,247	21,245	21,572	42,817	21,958	23,002	44,960
65+	6,815	7,865	14,680	7,973	9,582	17,555	9,423	11,616	21,039	10,743	13,154	23,897	11,235	14,380	25,615

NOTE: FIGURES MAY NOT ADD TO TOTALS DUE TO ROUNDING.

SOURCE: 1. STATISTICS CANADA, CATALOGUE 93-X-918, TABLE 1.
2. ECONOMIC POLICY BRANCH, OFFICE OF ECONOMIC POLICY, ONTARIO MINISTRY OF TREASURY AND ECONOMICS, AUGUST 1985.

SUMMARY OF DEMOGRAPHIC DATA - 1

Characteristics	ONTARIO	NORTH-EASTERN ONTARIO	ALGOMA	COCHRANE	NIPISSING/ TIMISKA-MING	MANITOULIN/ SUDBURY
POPULATION	8,625,105	549,832	133,553	96,875	121,556	197,848
0-14 yrs. male	967,715	70,260	16,960	12,850	14,780	25,670
female	918,950	66,790	16,425	12,125	13,830	24,410
total	1,886,665	137,050	33,385	24,975	28,610	50,080
15-44 yrs. male	2,060,610	132,055	33,295	24,065	27,855	46,840
female	2,067,380	130,330	32,215	22,785	28,025	47,305
total	4,127,990	262,385	65,510	46,850	55,880	94,145
45-64 yrs. male	856,570	53,370	12,785	8,945	11,945	19,695
female	885,685	52,050	12,155	8,375	12,375	19,145
total	1,742,255	105,420	24,940	17,320	24,320	38,840
65+ yrs. male	361,890	20,650	4,305	3,715	5,735	6,895
female	506,305	24,310	5,420	4,010	6,995	7,885
total	868,195	44,960	9,725	7,725	12,730	14,780
NUMBER OF RESERVES IN DISTRICT		25	8	3	3	11
POPULATION OF RESERVES		8,634	2,232	2,018	871	3,513
LAND AREA IN SQ. KM.	916,773.70	277,102.89	51,206.90	145,618.01	30,716.98	49,561.0
POPULATION DENSITY BY SQ. KM.	9.4	2.0	2.6	0.7	4.0	4.0
URBAN POPULATION		409,417	99,528	66,854	87,285	155,400
RURAL POPULATION		140,765	34,025	30,021	34,271	42,448
MOTHER TONGUE						
English	6,678,770	346,605	103,475	42,445	81,445	119,240
French	475,605	150,975	13,355	46,460	34,110	57,050
Other	1,470,735	52,230	16,715	7,970	5,990	21,555
LABOUR FORCE ACTIVITY						
Males in labour force 15 yrs. and over	2,585,750	154,605	39,990	27,410	32,910	54,295
Females in labour force 15 yrs. and over	1,878,300	94,735	24,295	15,590	21,140	33,710
AVERAGE INCOME						
Males 15 yrs. and over with income	$17,517	$16,742	$18,302	$16,743	$14,969	$16,757
Females 15 yrs. and over with income	$ 8,635	$ 7,120	$ 7,203	$ 7,212	$ 6,914	$ 7,156
FAMILY DATA						
Widowed	436,440	25,235	5,665	4,370	6,710	8,490
Divorced	167,935	8,060	2,270	1,055	1,875	2,860
Private Household with 1 person	611,260	32,040	7,205	5,505	7,910	10,790
average number of persons per private household	2.8	3.0	2.8	3.1	2.9	3.1
Families in private households	2,278,975	141,925	34,710	24,435	31,395	51,365
Husband-wife families	2,028,690	125,720	30,950	21,755	27,625	45,370
Lone-parent families	250,285	16,205	3,760	2,680	3,770	5,995
Average number of children per family	1.3	1.5	1.3	1.6	1.5	1.5
Number of persons 15 yrs. and over with less than Grade 9 schooling	1,160,335	91,900	19,310	18,745	20,765	33,080

Source: Statistics Canada, Catalogue 93-x-942, Table 1, 1981
Statistics Canada, Catalogue 93-x-918, Table 1, 1981
Statistics Canada, Catalogue 93-906, Table 2, 1981

SUMMARY OF DEMOGRAPHIC DATA - 2
(Percentage of total population in area except as noted)

CHARACTERISTICS		ONTARIO	NORTH-EASTERN ONTARIO	ALGOMA	COCHRANE	NIPISSING/ TIMISKA-MING	MANI-TOULIN/ SUDBURY
POPULATION							
0-14 yrs. male	%	11.2	12.8	12.7	13.3	12.1	13.0
female	%	10.7	12.1	12.3	12.5	11.4	12.3
total	%	21.9	24.9	25.0	25.8	23.5	25.3
15-44 yrs. male	%	23.9	24.0	24.9	24.8	22.9	23.7
female	%	24.0	23.7	24.1	23.5	23.1	23.9
total	%	47.9	47.7	49.1	48.3	46.0	47.6
45-64 yrs. male	%	9.9	9.7	9.6	9.2	9.8	10.0
female	%	10.3	9.5	9.1	8.7	10.2	9.6
total	%	20.2	19.2	18.7	17.9	20.0	19.6
65+ yrs. male	%	4.2	3.8	3.2	3.8	4.7	3.5
female	%	5.9	4.4	4.1	4.1	5.8	4.0
total	%	10.1	8.2	7.2	8.0	10.5	7.5
POPULATION OF RESERVES IN DISTRICT	%		1.6	3.3	2.1	0.7	1.8
LAND AREA AS A % OF NORTHEASTERN ONTARIO AREA	%		100	18.5	52.6	11.0	17.9
POPULATION DENSITY PER SQUARE KILOMETRE	%	9.4	2.0	2.6	0.7	4.0	4.0
URBAN POPULATION	%	81.7	74.5	74.5	69.0	71.8	78.5
RURAL POPULATION	%	18.3	25.6	25.5	31.0	28.2	21.5
MOTHER TONGUE							
English	%	77.4	63.0	77.5	43.8	67.0	60.3
French	%	5.5	27.5	10.0	48.0	28.1	28.8
Other	%	17.1	9.5	12.5	8.2	4.9	10.9
LABOUR FORCE PARTICIPATION RATES							
Males in labour force 15 yrs. and over	%	79.8	75.8	79.8	75.4	73.5	74.5
Females in labour force 15 yrs. and over	%	55.2	46.4	49.3	44.8	45.4	45.9
AVERAGE INCOME							
Males	$	17,517	16,742	18,320	16,743	14,969	16,757
Females	$	8,635	7,120	7,203	7,212	6,914	7,156
FAMILY DATA							
Widowed(1)	%	6.5	6.1	5.7	6.1	7.2	5.7
Divorced(1)	%	2.5	2.0	2.3	1.5	2.0	1.9
Private Households							
With 1 person(1)	%	9.1	7.8	7.2	7.7	8.5	7.3
Average number of persons/household		2.8	3.0	2.8	3.1	2.9	3.1
Families in private households							
Husband-wife families(2)	%	89.0	88.6	89.2	89.0	88.0	88.3
Lone-parent families(2)	%	11.0	11.4	10.8	11.0	12.0	11.7
Average number of children/family		1.3	1.5	1.3	1.6	1.5	1.5
Persons 15 yrs. & over with less than Gr. 9 schooling	%(1)	17.2	22.3	19.3	26.1	22.3	22.4

(1) As a percentage of population 15 years and over.
(2) As a percentage of total number of families.

ANNEXE F

PERSONNES A CONTACTER POUR SE RENSEIGNER AU SUJET DE CERTAINS PROGRAMMES

PERSONNES A CONTACTER POUR SE RENSEIGNER SUR CETAINS PROGRAMMES

Pour des renseignements sur les programmes suivants contactez les personnes mentionnées:

- Oakville-Trafalgar Hospital
  SIL Program

  Dr. E. Bussé
  (416) 845-9606

- Progress Place, North York

  Ms. Brenda Singer, Executive Director
  (416) 225-3173

- Halton Region Job Development Program
  (The Bronte Labour Exchange)

  Ms. Debby Gaines
  (416, 845-2571, ext. 358 ou 374

- Sudbury Algoma Hospital
  Addictions Services Program

  Mr. Brian Valin, Executive Director
  (705) 675-9192